

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

333

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juin 1896, à 1 heure

Par MAURICE HARDOUIN

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers
Ancien aide d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Angers
Lauréat de la même école
(Prix d'anatomie et de physiologie, 1890-91)
(Prix de pathologie et clinique internes, 1892-93)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA RÉTROVERSION

DE L'UTERUS GRAVIDE

(ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

Président M. PINARD, professeur.

Juges : MM. } STRAUS, professeur.
 } MARCHAND, CHASSEVANT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

333

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

888



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556005_0057

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juin 1896, à 1 heure

Par MAURICE HARDOUIN

Ancien interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers
Ancien aide d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Angers
Lauréat de la même école
(Prix d'anatomie et de physiologie, 1890-91)
(Prix de pathologie et clinique internes, 1892-93)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA RÉTROVERSION

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

Président M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
 { MARCHAND, CHASSEVANT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERRER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE D'ANGERS

A MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Chirurgien en chef à la clinique Baudeloque
Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA RÉTROVERSION

DE L'UTÉRUS GRAVIDE

(Étiologie, diagnostic et traitement)

PRÉFACE

Nous ne saurions dire trop hautement, avant d'entreprendre notre travail inaugural, combien nous sommes heureux d'avoir un Père tel que le nôtre.

Nous le remercions profondément des sacrifices qu'il n'a cessé de s'imposer pour nous permettre de faire librement nos études médicales ; mais nous lui sommes surtout reconnaissant des exemples de travail continu et de haute probité qu'il n'a cessé de mettre sous nos yeux.

L'ayant vu dans sa pratique journalière de l'art vétérinaire faire de nombreuses autopsies, nous lui devons nos premiers penchants pour l'anatomie et le contrôle des choses observées.

L'assiduité avec laquelle il n'a cessé de se tenir au courant des découvertes récentes : antisepsie, méthode hypodermique, inoculation et sérumthérapie, la rigueur avec laquelle il les a mises en pratique, soit pour le traitement, soit pour le diagnostic, ont développé en nous l'amour du progrès et de la scrupuleuse observation.

Que notre succès lui soit une récompense.

Nous voulons témoigner aussi toute notre gratitude à ceux qui avec tant de désintéressement, de douceur et de compétence, ont fait notre éducation médicale.

Que M. le Dr Monprofit reçoive nos remerciements pour la confiance et la sympathie dont il nous a honoré pendant notre internat.

Ayant pris dans son service beaucoup de très intéressantes observations, nous sommes heureux qu'il nous soit donné d'en publier quelques-unes.

M. le professeur Dezanneau nous a, dans ses belles leçons au lit du malade initié aux difficultés du diagnostic chirurgical et montré journellement combien on peut compter sur les opérations faites à propos et exécutées avec art.

M. le professeur Feillé et M. le Dr Thibault, ont formé notre jeune oreille aux finesses de l'auscultation et nous ont permis de la sorte d'apprécier la sûreté de leur diagnostic et la largeur de leur enseignement.

Pendant notre internat chez MM. Legludic, Bahuaud, Douet, Tesson, Mâreau, nous avons vu, à notre plus grand profit, ces maîtres expérimentés faire bénéficier les malades de leur profond savoir.

C'est avec un réel plaisir que nous avons suivi les cours

de MM. Guignard, Jagot et Charier, qui savent si bien joindre l'agréable à l'utile et faire trouver brève par d'heureuses diversions une leçon savante.

Que M. le Dr Maygrier, accoucheur en chef de Lariboisière, reçoive nos remerciements pour la complaisance avec laquelle il nous a permis l'accès de son service.

Notre reconnaissance est acquise à M. le Dr Démelin pour la grande affabilité avec laquelle il nous accueillait chaque fois que nous eûmes recours à ses lumières.

Nous sommes excessivement flatté du grand honneur que nous fait M. le professeur Pinard en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Lorsque nous avons dû songer à notre sujet de thèse, nous nous sommes souvenu combien nous avions été impressionné à la vue des misères endurées par une pauvre femme dont nous rapporterons l'histoire dans le cours de notre travail inaugural ; elle avait été prise soudainement de rétention complète d'urine à la suite d'une rétroversion de l'utérus en état de gestation.

Cette malheureuse, qui depuis douze longs jours ne pouvait uriner que par regorgement, se traînait péniblement, en quête d'un médecin qui la pût soulager et d'un local qui la pût recevoir.

En butte à l'incurie des uns, aux erreurs de diagnostic des autres, à la rigueur des réglemens hospitaliers, cette malade vouée, si on n'intervenait, à une mort lente et douloureuse, songeait à mettre un terme à ses intolérables souffrances.

Ne prenant ni nourriture ni repos, à charge à qui la

voulait bien recueillir, ne se déplaçant que lentement, appuyée le long des murs et courbée en deux par la douleur autant que par le poids d'une vessie sur-distendue, fatiguée de la constante humidité qui ruisselait de ses jambes sur le sol, incommodant de sa mauvaise odeur elle-même et l'entourage, tel est l'état dans lequel vint nous trouver cette misérable.

Les difficultés administratives aplanies à cause de l'extrême urgence du cas, nous eûmes la bien réelle satisfaction d'apporter, par un prompt cathétérisme, un notable soulagement à cette désespérée.

C'est dans le but d'éviter à quelques femmes de telles souffrances, que nous attirons, dans notre modeste travail, l'attention des praticiens sur la rétroversion de l'utérus en état de gestation.

Après un exposé sommaire de l'historique de la question, nous traiterons successivement : des causes, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement de la rétroversion de l'utérus gravide.

Nous terminerons par quelques observations suivies des conclusions auxquelles nous conduira l'étude des faits.

Notre travail étant fait dans un but simplement pratique, nous ne décrirons point les lésions trouvées à la nécropsie.

Quelques observations, avec autopsie, rapportées à la fin de notre ouvrage, donneront d'ailleurs une idée de l'anatomie pathologique de l'affection.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Nous avons recherché avec soin à quelle époque remonte la première description de l'affection qui nous occupe. Nous avons trouvé dans les auteurs anciens des descriptions assez nombreuses et assez nettes des différentes déviations de l'utérus montrant qu'ils avaient de ces affections une connaissance assez exacte. Mais aucun d'eux ne parle des déviations, soit en avant, soit en arrière de l'utérus gravide.

Citons cependant quelques lignes, les premières en date, se rapportant à cette affection et dues au Portugais Roderigue de Castro :

« *Fit (hæc affectio) a cunctis causis externis a quibus uteri procidentia fieri solet..., digitorum ad-*
« *motione dignoscit obstetrix; si retro et infra inclinet*
« *uterus, torpor sequitur, utriusque cruris motus diffi-*
« *cilis aut plane interceptus, ac ingentes dolores qui*
« *inter sedendum magis accuuntur; præsertim si ver-*
« *sus anum retractio fit, flatus retinentur, alvus sub-*

« *primitur : neque clisterem admittit, nisi genibus
« patiens..., prægnantibus frequens quidem ac diffi-
« lis est affectio..., urina etiam moveatur, non quidem
« diureticis, sed mictione sæpiusculè sponte tentata* » (1).

En 1732, seulement un siècle après Roderigue de Castro, Reinick rapporte une observation complète de rétroversion de l'utérus gravide dans sa thèse inaugurale.

Quelques années plus tard, en 1740, Grégoire, membre du collège royal de Paris, fit un cours sur la rétroversion de l'utérus en état de gestation.

Un chirurgien Anglais, Walter Wall, qui suivait les leçons de Grégoire, observa peu après, avec Hunter, un cas de l'affection sur laquelle Grégoire avait attiré leur attention.

Hunter publia ensuite plusieurs autres observations de la même maladie et la décrivit le premier, d'une façon complète, en 1771.

Après un voyage qu'il fit en Angleterre, Chopart fit connaître en France les travaux de Hunter. Baudelocque les compléta par plusieurs observations personnelles et essaya, dans son *Traité de l'art des accouchements* en 1799 d'expliquer le mécanisme des déviations utérines.

Depuis le commencement du siècle, on a publié beaucoup d'observations de rétroversions d'utérus gravides et fait sur la question des travaux nombreux.

Levret, 1773. — Smellie, 1777. — Merriman, 1810. — Bellangé, 1824. — Parent, 1832. — Martin (Le jeune) de

1. Rodheric a Castro. *De universa morborum muliebrum medicina*. Hamburgi., 1628.

Lyon, 1835. — Moreau (*Traité d'accouchements*), 1841. — Lacroix (Thèse d'agrégation), 1844. — Wittich, 1849. — Négrier, 1858. — Godefroy, 1859. — Gosselin, 1860. — Hofmeier, 1863. — Hausmann, 1868. — Cazeaux et Tarnier, 1874. — Depaul, 1872-1876. — Martin, 1876. — Pilat (de Lille), 1878. — Charles (de Liège), 1878. — Ducor (Thèse de doctorat, 1879). — Chantreuil, 1879. — Duncan, 1883. — Combarieu (Thèse de doctorat), 1885. — MM. Tarnier et Budin, 1886. — MM. Pinard et Varnier, 1886, ont tour à tour apporté leur contingent personnel à l'étude clinique de cette intéressante affection.

CHAPITRE II

DÉFINITION. FRÉQUENCE RELATIVE.

Pour faciliter l'étude de notre sujet, nous allons faire une description sommaire des moyens de fixité de l'utérus. Nous citerons pour cela, quelques-uns des passages du *Traité d'anatomie humaine* de M. le professeur Testut (1) concernant les ligaments de l'utérus :

« L'utérus est maintenu en position par six ligaments
« disposés symétriquement : deux latéraux, les ligaments
« larges ; deux antérieurs, les ligaments ronds ; deux
« postérieurs, les ligaments utéro-sacrés.

« *a. Ligaments larges.* — Les deux feuillets périto-
« néaux qui revêtent la face antérieure et la face posté-
« rieure de l'utérus, arrivés aux bords latéraux de cet
« organe, s'appliquent l'un à l'autre pour se porter ensuite
« vers les parois latérales du bassin. Ils forment ainsi, à
« gauche et à droite, deux cloisons transversales qui
« unissent l'utérus aux parois de l'excavation : c'est à ces
« replis péritonéaux, renfermant entre eux des fibres

1. L. Testut. *Traité d'anatomie humaine*. T. III, p. 1056 et suiv.

« musculaires lisses, et une couche plus ou moins épaisse
« de tissu cellulaire, qu'on donne le nom de ligaments
« larges. Leur direction dans le sens de la hauteur est
« oblique de haut en bas et d'avant en arrière, comme
« l'utérus lui-même; dans le sens de la largeur, elle n'est
« pas exactement transversale, mais un peu oblique en
« dehors et en arrière. Considérés dans leur ensemble,
« les deux ligaments larges réunis l'un à l'autre par l'u-
« térus, divisent la cavité pelvienne en deux grands com-
« partiments : l'un postérieur ou cavum rétro-utérin, des-
« tiné au rectum; l'autre antérieur ou cavum pré-utérin,
« occupé par la vessie

« Le bord externe de ces ligaments, relativement mince,
« répond à la paroi latérale de l'excavation. Dans sa
« partie toute supérieure, entre le pavillon de la trompe
« et l'extrémité externe de l'ovaire, il est libre et flottant
« comme le bord supérieur. Au dessous de l'ovaire, au
« contraire il adhère à la paroi pelvienne, revêtue à ce
« niveau par le muscle obturateur interne et son aponé-
« vrose.

« Le bord interne répond au bord de l'utérus et pré-
« sente naturellement la même épaisseur que ce dernier
« organe... Le ligament large revêt la forme d'un triangle
« isocèle dont la base est située sur l'utérus, le sommet
« sur la paroi du bassin.

« *b. Ligaments ronds.* — Les ligaments ronds s'étend-
« dent des parties antéro-latérales de l'utérus à la région
« prépubienne, Aplatis d'avant en arrière à leur origine,
« ils diminuent au fur et à mesure qu'ils s'éloignent de
« l'utérus et prennent peu à peu la forme cylindrique qui

« leur a valu leur nom. Leur longueur est de 12 à 14 centimètres; leur diamètre moyen de 5 ou 6 millimètres.

« Ils prennent naissance sur la partie antérieure et latérale de l'utérus, un peu au-dessous de la trompe; de là, ils se portent obliquement en avant et en dehors vers l'orifice interne du canal inguinal, s'engagent dans ce canal, le parcourent dans toute son étendue et, finalement se terminent à la base des grandes lèvres. . .

« Dans sa portion vulvaire, le ligament rond, à peine dégagé du canal inguinal, se résout en de nombreux filaments conjonctifs qui divergent aussitôt à la manière d'un éventail.

« Le ligament rond, malgré son faible diamètre, possède une résistance considérable: il peut supporter, sans se rompre, des poids de 500 ou 600 grammes.

« *Ligaments utéro-sacrés.* — Les ligaments utéro-sacrés, encore appelés ligaments postérieurs ou replis de Douglas, s'étendent de la partie postéro-inférieure de l'utérus à la paroi postérieure du bassin. Ils prennent naissance en avant, sur la face postérieure du col, un peu au-dessous de l'isthme. De là, ils se portent en arrière et en haut, contournent les parties latérales du rectum et viennent s'attacher sur la troisième, la deuxième ou la première vertèbre sacrée; immédiatement en dedans de l'articulation sacro-iliaque. »

« A l'état normal, nous dit M. le professeur Tillaux⁽¹⁾, l'utérus présente une légère antéversion, c'est-à-dire que son axe vertical est obliquement dirigé de haut en

1. P. Tillaux. *Traité de chirurgie clinique*. T. II, p. 503.

« bas et d'avant en arrière. Il est aussi un peu incurvé
« et présente une légère courbure à concavité antérieure,
« dont le centre siège à l'union du col et du corps de l'or-
« gane. »

L'affection que nous allons décrire est de tous points
apposée à l'état normal.

La rétroversion de l'utérus gravide consiste en une
déviation telle de l'utérus, que le corps de celui-ci se
trouve rejeté en arrière dans l'excavation pelvienne, le
fond en rapport avec la concavité du sacrum ; tandis que
le col, porté en avant et en haut, est plus ou moins caché
derrière la symphyse pubienne et vient comprimer le
canal de l'urèthre.

Dans la pratique, il est rare que la rétroversion se ren-
contre ainsi pleine et entière ; il est plus fréquent de la
voir coïncider avec la rétroflexion. En même temps que
le corps est porté en arrière et le col en avant, ces deux
parties de l'utérus font, l'une avec l'autre, un angle plus
ou moins aigu, suivant que la flexion est plus ou moins
prononcée.

Il peut même arriver que la flexion existe seule ; le col
a conservé sa direction et sa situation normales, mais
l'utérus s'est porté en arrière en se pliant sur le col.

Il est évident que l'on peut rencontrer la rétroversion
à des degrés très divers, depuis la simple tendance de
l'utérus à basculer en arrière, (constatée seulement au
toucher dans un examen nécessité par une autre cause),
jusqu'à la rétroversion complète avec enclavement de l'u-
térus.

Cette affection est relativement peu fréquente, A. Mar-

tin n'en a trouvé que 121 cas sur 24.000 malades gynécologiques (1) ; il n'est cependant guère d'accoucheurs qui n'en aient observé plusieurs exemples.

Peut-être aussi, y a-t-il bon nombre de cas méconnus ; il est permis de penser ainsi, étant donnée la fréquence des erreurs de diagnostic dans les observations jusqu'alors publiées.

1. A. Martin. *Deutsche med. Woch.*, 1889, n° 39.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE.

A peine avait-on fait paraître les premières observations de l'affection qui nous occupe, que déjà, s'élevaient sur son étiologie des discussions nombreuses et acharnées.

Denmann ayant observé constamment la rétention d'urine, soutint qu'elle était la seule cause de l'accident :
« Il serait futile et vain de discuter que la rétention d'urine ne soit pas la cause de la rétroversion utérine, et
« cette opinion, si elle n'était pas juste, serait démentie
« par l'expérience de tous les jours, mais ce n'est plus
« une hypothèse ou une conjecture. »

Il fit en même temps, sur le cadavre, des expériences pour prouver que la dilatation excessive de la vessie met l'utérus en rétroversion.

Hunter soutint au contraire hautement que la rétention était consécutive au déplacement utérin, le col de la matrice, en comprimant le canal de l'urèthre et le col vésical, amenait la rétention d'urine.

Plus tard, en 1843, après un article d'Amussat dans le *Journal de Chirurgie* de Malgaigne, on pensa que la rétroversion de l'utérus gravide n'était que la continuation du même état préexistant à la fécondation. Cet état était aggravé par la grossesse, le propre poids de l'utérus gravide l'entraînant de plus en plus en bas et en arrière, alors que le col était soulevé et porté en avant.

Herbet en 1872, Bernutz en 1874 et 1875, Chantreuil et Doléris en 1879 apportèrent des observations à l'appui de cette opinion.

Deux grandes causes ont donc, depuis le début de la discussion, été invoquées comme amenant la rétroversion de l'utérus gravide.

Ce sont, par ordre chronologique : la rétention d'urine et la préexistence à la fécondation d'une déviation en arrière de la matrice.

Outre ces deux causes principalement défendues, bon nombre ont été mises en avant pour expliquer le mécanisme des déviations en arrière de l'utérus gravide.

Nous les diviserons en causes prédisposantes et causes déterminantes.

CAUSES PRÉDISPOSANTES.

Premiers mois de la grossesse. — Pendant les premiers mois de la grossesse, l'utérus augmenté de volume, peut plus facilement se déplacer ; mais il ne le pourra, qu'autant que son volume permettra sa chute ultérieure

dans le petit bassin. La rétroversion ne peut donc se produire *a priori* que pendant une certaine période de la grossesse.

C'est du troisième au quatrième mois de la gestation que la rétro-déviatiou est le plus fréquemment observée (Obs. V et VI).

Pendant les deux premiers mois, les causes prédisposantes n'ont guère d'action sur l'utérus peu volumineux, et celui-ci peut se rétrodévier sans amener d'accidents, de même qu'à l'état de vacuité. Quelques observations recueillies par nous, à la consultation de Lariboisière, dans le service de notre maître M. Maygrier, en font foi.

Après le quatrième mois, la rétrodéviatiou devient également fort rare, parce que le volume de l'utérus est déjà assez considérable pour s'opposer au mouvement de bascule. Cependant, un effort violent peut amener la chute du fond de l'utérus en arrière. Celle de nos observations personnelles (Obs. I) qui nous a conduit à entreprendre ce travail, porte sur un cas semblable; il s'agissait d'une grossesse de cinq mois.

Burns admet d'ailleurs que « si le bassin est large et « que l'œuf ne soit pas trop distendu par le liquide, la « rétroversion puisse se présenter dans le cinquième « mois ».

Les observations rapportées sous le titre de rétroversion de l'utérus gravide après le sixième mois, sont rares et doivent être généralement rangées dans l'étude des malformations utérines, ainsi que l'a démontré Depaul (1).

1. Depaul. *Bulletin de l'Académie*, p. 1229 et suiv., sept. 1865,

On a dans ces cas affaire à une dilatation sacciforme de la paroi postérieure.

Préexistence d'une déviation utérine. — Il est souvent difficile de savoir si la rétroversion était antérieure aux accidents observés ou si au contraire elle s'est produite à l'instant même.

Il existe cependant des observations de rétroversion se reproduisant à plusieurs grossesses consécutives. Les recherches du Dr Combarieu (1) montrent que « sur 120 observations de rétroversion de l'utérus gravis, quinze fois la rétroversion s'était produite à une précédente grossesse. » M. Varnier en a également publié une intéressante observation dans les *Annales de gynécologie*, 1889 (2). Une de nos observations personnelles (Obs. III) peut être interprétée dans ce sens.

Nous pouvons donc admettre la prédisposition de l'utérus rétroversé primitivement à amener des accidents de rétroversion pendant la grossesse.

On cite également de nombreuses observations d'utérus qui rétrodéviés avant la fécondation ont pu mener une grossesse à terme sans le moindre accident.

La grossesse peut donc corriger la rétroversion, mais là n'est pas la règle générale.

Multiparité. — Le rôle étiologique des grossesses

et *Annales de Tocologie*, 1876. *Etude sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse.*

1. *Etude sur la pathogénie de la rétroversion de l'utérus gravid e* (Combarieu. Thèse de Paris 1895, p. 39).

2. *Rétroversion récidivante de l'utérus gravis chez une multipare.* (Varnier. *Ann. de Gyn.* ; 1889. T. 2 ; p. 281.)

multiples semble important, par le relâchement qu'il apporte aux ligaments utérins.

Charles de Liège trouve 66 multipares et seulement 13 primipares sur 79 femmes atteintes de rétroversion de l'utérus gravide.

A. Martin, dans sa statistique portant sur 121 cas trouve 94 multipares et 27 primipares. Les 27 primipares étaient atteintes de rétroversion congénitale et rentraient par conséquent dans la catégorie précédente.

Sur six observations inédites que nous publions nous ne trouvons qu'une fois la rétroversion chez une primipare.

Peut-être, ainsi que le veut le Dr Combarieu, la rétroversion de l'utérus gravide n'est-elle aussi fréquente chez les multipares, que parce qu'il existe déjà chez elles une rétroversion avant l'imprégnation. L'utérus conserve ainsi pendant son développement, la situation anormale qu'il avait à l'état de vacuité.

CAUSES DÉTERMINANTES.

Pour en étudier avec plus de facilité les causes déterminantes, nous considérerons avec Baudelocques deux variétés de rétroversion :

- 1^o Une forme lente ou progressive.
- 2^o Une forme brusque ou subite.

Non pas que ces formes puissent toujours cliniquement se différencier d'une façon aussi nette, mais parce que l'étiologie en est généralement très différente.

Lorsque les symptômes se sont établis progressivement chez une femme qui ne se livre à aucun travail pénible, il y a tout lieu de croire que la cause occasionnelle de l'affection est inhérente à l'organisme lui-même.

Si au contraire, la malade a été prise subitement après un coup, une chute ou un effort violent, il y a généralement lieu d'inculper la cause extérieure, indépendamment de toute autre.

CAUSES DÉTERMINANTES DU DÉPLACEMENT A MARCHÉ LENTE.

Rétroversion préexistante. — Cette cause fut longtemps ignorée, toute femme atteinte de rétroversion étant considérée comme absolument stérile.

Depuis Amussat, de nombreuses observations on fait justice de cette généralisation. La stérilité provient bien davantage des modifications de la muqueuse que des déviations de l'organe.

Nous nous rangeons entièrement à l'avis de Tyler Smith et des auteurs déjà cités, pour qui, nombre de fois, la déviation de l'utérus gravide n'est que la continuation du même état de l'organe à l'état de vacuité.

Développement physiologique de l'organe. — Au début de la grossesse, grâce au relâchement des ligaments utérins, dû au développement de la matrice, celle-ci devient plus mobile qu'à l'état de vacuité. D'autre part, elle augmente de poids d'une façon inégale, le fond plus rapidement que le segment inférieur. D'où une tendance du

fond à se porter en arrière, soulevant de la sorte le col incapable de lui faire contre-poids. Si le placenta s'insère sur la face postérieure de l'organe, son poids s'ajoute à celui du fond de l'utérus pour en favoriser la bascule.

Viciations pelviennes. — Si le diamètre antéro-postérieur du bassin se trouve exagéré, si en même temps les ligaments sont relâchés, l'utérus non soutenu par la colonne osseuse aura toute facilité de se placer en rétroversion.

Dans les cas de rétrécissement du bassin suivant le diamètre antéro-postérieur avec exagération de la courbure du sacrum, le mécanisme sera différent « l'utérus se « levant dans l'excavation en augmentant de volume, sera « en quelque sorte accroché par la saillie trop avancée « du sacrum, et sera entraîné en arrière par ce mécanisme (1). »

L'excès de dimension et le rétrécissement du bassin, peuvent donc, par un mécanisme différent, conduire au même résultat.

Viscères abdominaux. — Matières fécales. — Chez une femme déjà prédisposée à la rétroversion par la multiparité, une déviation préexistante ou une anomalie du bassin, la présence de viscères remplis de matières fécales sur le fond de l'utérus, favorisera sa déviation en l'entraînant en bas. Dans un cas, le professeur Testut (2) faisant des expériences sur un sujet congelé, observa que l'intestin grêle plein de matières et remplissant le

1. Thèse d'agrégation. Lacroix, 1844, p. 24.

2. Testut. *loc. cit.*, p. 1868.

cul-de-sac vésico-utérin avait placé l'utérus en rétroversion très prononcée. Lorsqu'on eût décongelé le sujet en le plaçant dans l'alcool, les anses intestinales remontèrent à la surface du liquide et l'utérus reprit sa position normale. Ce fait s'étant produit normalement chez une femme vierge, s'accomplira plus sûrement dans les circonstances que nous avons énumérées.

La présence du bol fécal dans l'S iliaque agit de même très efficacement, mais il est alors besoin, pour que la rétroversion se produise, que l'utérus soit déjà incliné légèrement en arrière. Comme le fait contraire a été observé, il est plus juste de dire que l'utérus doit être dévié soit en avant, soit en arrière.

Nous reproduisons, *in extenso*, à la fin de notre travail, une observation recueillie par S. Gottschalk et publiée par Labusquière dans les *Annales de gynécologie*, où le rôle étiologique d'une constipation opiniâtre est nettement mis en lumière.

Rétention d'urine. — Nous ne reproduisons pas ici les longues discussions que nous avons résumées au commencement de ce chapitre. Nous nous contenterons d'exposer les raisons qui nous font ranger la rétention d'urine au nombre des symptômes et non des causes de la rétroversion utérine pendant la grossesse.

Il est étonnant que des accoucheurs et des observateurs aussi autorisés que Denmann, de Merriman, Sibergundi et d'autres encore aient pu penser que la rétention d'urine précédait et amenait la rétroversion.

Une des observations de la thèse d'agrégation de La-

croix (1) 1844, porte comme titre : « *Rétroversion par accumulation d'urine dans la vessie* ». L'auteur s'est lui-même réfuté dans les trois premières lignes de son observation en disant : « La rétroversion survint, pour la première fois, chez une femme, dans une deuxième grossesse, et à la suite d'un effort... »

Nous nous croyons autorisé à prétendre que la rétention d'urine ne peut amener à elle seule la rétroversion de l'utérus gravide, étant donné qu'elle est excessivement rare en dehors d'une déviation utérine ou de la présence d'une tumeur comprimant le canal de l'urèthre. Il n'existe d'ailleurs pas une seule observation de la rétention d'urine ayant nettement précédé et amené la rétroversion.

Chez une femme enceinte de quelques mois, forcée pour une raison indépendante de sa volonté de conserver ses urines pendant un laps de temps considérable, cette rétention forcée mais physiologique amènerait peut-être une rétroversion complète en accentuant une déviation préexistante. C'est une hypothèse que nous émettons, nous n'avons pu en trouver aucun exemple.

Il est cependant une chose certaine et nettement établie : lorsque le col de l'utérus rétroversé comprime le canal de l'urèthre, la rétention d'urine accentue la déviation.

La matrice déviée l'empêche la vessie de se vider ; la vessie pleine s'oppose à ce que la matrice reprenne sa place normale.

1, Lacroix. Thèse d'agrégation de Paris, 1844 ; p. 25.

Là se borne, suivant nous, le rôle de la rétention d'urine.

Maygrier, Cazeaux, Velpeau et Barnes ont dès longtemps pensé ainsi.

Prolapsus utérin. — Un utérus qui a des ligaments assez peu fermes pour lui permettre de descendre plus ou moins loin dans le conduit vaginal est plus exposé que tout autre à subir en tous sens des déviations multiples. Nous citons comme exemple l'observation XII de la thèse de Lacroix empruntée au *Traité de l'accouchement* de Baudelocque (1).

« Une femme affectée d'une descente de l'utérus était
« obligée de refouler avec le doigt le col de l'organe
« toutes les fois qu'elle voulait uriner. Un jour qu'elle
« l'avait refoulé trop brusquement, elle sentit dans le
« ventre quelque chose qui se dérangeait. C'était l'utérus
« qui venait de se renverser en arrière. »

Surviennent une grossesse, le fond de l'utérus viendra dans son développement s'arc-bouter au promontoire sacré. L'augmentation de volume continuant toujours, le col se portera en avant, d'où rétroversion.

Une de nos observations, due à l'obligeance de M. le Dr Maygrier en relate un exemple (Obs. IV).

Tumeurs. — On s'accorde pour attribuer une importance étiologique prépondérante aux tumeurs de la face postérieure de l'utérus. Leur poids en entraînant en bas et en arrière le fond de l'utérus, agit de la même manière que le poids du fœtus et du placenta dont nous avons par-

1. Thèse de Lacroix, *loc. cit.* p. 46.

lé plus haut. On a surtout incriminé les tumeurs fibreuses.

On peut également admettre qu'une tumeur de la face antérieure de l'utérus pourrait ens'interposant comme un coin à la vessie et à l'utérus amener la chute de celui-ci en arrière.

Adhérences et fausses membranes. — Après un mémoire d'Amussat on crut pendant longtemps, sur la foi d'une observation constamment reproduite, que les adhérences du fond de l'utérus et du rectum, suites de pelvi-péritonite étaient l'une des causes les plus fréquentes de la rétroversion de l'utérus grávide.

Charles le premier, montra dans son important travail (1) que les observations citées en faveur de cette cause ne sont qu'en petit nombre. On trouve en effet dans son ouvrage seulement trois observations sur 135 dans lesquelles les adhérences utéro-rectales anciennes ont joué un rôle étiologique capital en amenant la production de la rétroversion.

M. le Professeur Pinard n'en a recueilli en tout que six observations dont deux seulement sont probantes, aussi conclut-il ainsi (2) :

« 1^o Contrairement à l'opinion d'Amussat, les adhérences qui s'établissent entre le fond de l'utérus et le rectum, à la suite d'une métró-péritonite, ne paraissent pas être très fréquemment une cause de rétroversion de l'utérus grávide. »

1. Charles (de Liège). *Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse*. Paris. Delahaye 1878.

2. *Ann. de gynécologie*. Novembre 1886., p. 344.

« 2° Contrairement à l'opinion de M. Bernutz, les adhé-
« rences suites de métrô-péritonite, ne paraissent pas
« être très fréquemment la cause des enclavements irré-
« ductibles. »

Il y a plutôt lieu de penser avec M. le professeur
Tarnier « que lorsque la grossesse surprend un utérus
« fixé en rétroversion, les adhérences tendent à se ramol-
« lir et à se résorber pour laisser l'utérus reprendre sa
« direction normale (1) ».

Nous allons continuer à faire des emprunts au travail
de MM. Pinard et Varnier pour établir combien plus
important est le rôle des brides et adhérences siégeant
en dehors de l'utérus.

« Si les brides suites de métrô-péritonite unissant l'u-
« térus aux organes voisins, subissent pendant la gros-
« sesse ces modifications si curieuses, qui les rendent
« extensibles et les font disparaître, il ne paraît pas en
« être de même des adhérences péritonéales anciennes
« qui, sous une influence variable, peuvent s'établir dans
« certains cas, *en dehors de la zone utérine*, entre divers
« organes de la cavité abdominale.....

« Que les brides péri-utérines, qui ont des connexions
« vasculaires étroites avec l'utérus, subissent l'atrophie
« et le ramollissement signalé par de nombreux auteurs,
« rien n'est plus naturel; tandis qu'il n'y a pas de raison
« pour que des *adhérences unissant l'épiploon, l'intés-
« tin et la vessie* entre eux ou à la paroi abdominale,
« présentent des modifications semblables. On conçoit

1. *Ann. Gyn., loc. cit.*, p. 345.

« que, dans ces conditions, *ces adhérences formant une*
« *sorte de couvercle au niveau du détroit supérieur,*
« *puissent empêcher absolument l'ascension de l'utérus*
« *dans la grande cavité abdominale et produire son*
« *enclavement irréductible.*

Suivent cinq observations « qui démontrent, de la
« façon la plus nette, l'influence de ces brides sur la
« rétroversion et l'enclavement irréductible de l'utérus
« gravide ».

Notre but n'étant pas de nous arrêter longuement à
l'étiologie, nous ne reproduirons point ces intéressantes
observations.

ÉTIOLOGIE DE LA RÉTROVERSION A FORME BRUSQUE.

Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, la
distinction n'est pas toujours facile entre la rétroversion
à forme lente et la rétroversion à forme subite.

Pour nous, cependant chaque fois que de légers troubles de la miction et de la défécation ont précédé les
grands symptômes de l'affection, quelle que soit d'ailleurs
la brusquerie de leur invasion et la violence de la cause
qui les a produits, nous croyons pouvoir affirmer la
préexistence de la rétroversion.

Si, au contraire (il existe des faits de ce genre), l'utérus était à sa place normale avant un traumatisme, on
peut à juste titre accuser celui-ci d'être l'auteur de tout
le mal.

Les causes les plus habituelles de la rétroversion brusque sont par ordre de fréquence : les efforts violents pour soulever un fardeau, les coups ou la chute d'un lieu élevé, les efforts nécessités par la défécation, la toux ou les vomissements.

Comme la première cause est de beaucoup plus importante que toutes les autres, on observe que les femmes du peuple soumises pendant leur grossesse à de durs travaux sont beaucoup plus souvent prises brusquement des accidents de la rétroversion que les femmes des classes riches. Contrairement, on n'observe guère chez celles-ci que la forme lente due à une déviation ancienne.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES.

Nous avons vu que la rétroversion pouvait se produire lentement, et n'arriver à être complète qu'au bout d'un temps quelquefois assez long ou au contraire se montrer soudainement avec tous ses symptômes, sans qu'aucun malaise soit venu l'annoncer.

Il est évident que les symptômes seront différents dans les deux cas.

Dans le premier, il existera des symptômes prodromiques, qui pourront, s'ils sont bien observés, permettre au chirurgien de faire un diagnostic précoce et d'éviter, par un traitement approprié, l'apparition d'accidents plus graves.

Dans le second cas, au contraire, il n'existe aucun de ces symptômes avant-coureurs.

Il est donc utile d'étudier séparément une période d'invasion caractérisée par l'existence des symptômes

prodromiques et une période d'état présentant les symptômes de l'affection arrivée à son complet établissement.

I. — *Période d'invasion.*

Symptômes prodromiques.

Ils sont dus à la compression que l'utérus commence à exercer sur les organes voisins. Ils se manifestent de préférence, en vertu du développement que prend la matrice, entre le deuxième et le troisième mois de la grossesse.

Des douleurs sourdes se produisent dans le bas-ventre, accompagnées de tiraillements dans les aines et dans les lombes. Il existe en même temps un sentiment de pesanteur dans le petit bassin, du ténesme vésical et rectal, avec de la difficulté à uriner et de la constipation. La malade de notre observation VI a présenté très nettement la presque totalité de ces symptômes.

Ces symptômes sont assez rarement réunis chez la même personne.

Ils sont quelquefois si légers, qu'il faut un interrogatoire minutieux pour les déceler, et montrer qu'ils existaient déjà avant la brusque apparition des autres symptômes.

D'autrefois, ils sont assez accentués pour forcer la malade à garder le lit, seule façon qu'elle ait de se soulager.

L'examen pratiqué à cette époque, permet de constater que le fond de l'utérus s'est abaissé dans le petit bassin, qu'il occupe, le cul-de-sac postérieur du vagin et que son col est porté en avant, du côté de la symphyse pubienne.

L'absence de tout symptôme n'est pas une preuve de la situation normale de l'utérus. Il arrive de constater, en même temps qu'un début de grossesse, une rétroversion utérine que rien ne pouvait faire soupçonner.

Les troubles que nous venons de signaler, sont d'ailleurs souvent mis par la femme sur le compte du début de la grossesse, ce qui l'empêche de consulter son médecin.

« Dans la forme subite, l'apparition de la rétroversion
« est marquée par une sensation brusque de déplacement
« d'un organe dans le bas-ventre, accompagnée d'une
« douleur plus ou moins vive, et quelquefois d'une sorte
« de craquement (1). »

Que l'affection se soit produite de la sorte, ou qu'elle ne soit que l'aggravation des symptômes du début, elle présente à la période d'état, dans les deux cas, les mêmes signes que nous diviserons en symptômes fonctionnels et en signes physiques.

Les troubles fonctionnels sont : la rétention d'urine, la constipation, la douleur et les modifications de l'état général de la malade.

Les signes physiques nous seront fournis par les

1. Tarnier et Budin. *Traité de l'art des accouchements*, p. 230, t. II.

moyens mis en usage dans tout examen rationnel des organes génitaux de la femme : inspection, palpation, percussion, auscultation, toucher vaginal, toucher rectal et cathétérisme vésical.

II. — *Période d'état.*

A. — Symptômes fonctionnels.

Rétention d'urine.— C'est de tous les symptômes, celui qui manque le moins et qui amène les plus graves accidents. Il passe malheureusement si souvent inaperçu, que nous craignons de ne pouvoir en faire suffisamment ressortir toute l'importance.

Dans la rétroversion à forme lente, c'est la rétention qui force la malade, jusque-là patiente de ses douleurs, à mander son médecin ; dans la forme brusque, la vive souffrance du début est quelquefois en partie calmée, lorsque la malade constate qu'il lui est impossible, malgré les plus violents efforts, d'évacuer son urine.

Cette rétention peut se présenter sous des aspects très différents. Elle peut être incomplète ou au contraire absolue.

Lorsque la rétention est incomplète, la malade prise de fréquentes envies d'uriner, ne laisse échapper à chaque miction qu'une faible quantité d'urine, et le cathétérisme pratiqué immédiatement après une miction, montre que la vessie s'est incomplètement vidée.

Le ténesme est alors dû à la réplétion partielle de la

vessie et à l'irritation produite sur le col vésical par la compression du col utérin.

Si la rétention est absolue, les efforts les plus violents sont inutiles, n'amènent pas la moindre miction mais augmentent la fatigue et le désespoir de la patiente. Dans ces cas, la vessie peut remonter au-dessus de l'ombilic, faire croire par son volume considérable à une grossesse à terme, voire même gémellaire, à de l'hydramnios, à une ascite considérable, ou à un volumineux kyste de l'ovaire.

Parfois il y a plutôt dysurie intense que rétention complète, la malade pouvant dans des efforts volontaires faire sourdre quelques gouttes de liquide.

Le plus souvent, après une durée variable de la rétention absolue, la vessie arrive à un summum de dilatation qu'elle ne peut dépasser sans se rompre ou se vider partiellement. L'urine continue néanmoins à être sécrétée et versée dans la vessie par les uretères eux-mêmes dilatés. Le liquide comprimé de toutes parts se fraie une voie vers l'extérieur. C'est alors que la malade urine par regorgement. L'urine, à dater de ce moment, s'écoule constamment et involontairement par le méat, sortant goutte à goutte.

Cette émission involontaire a ceci de particulier que soustraite à l'influence de la volonté elle peut augmenter de quantité suivant certaines positions prises par le sujet ; il se produit alors un léger déplacement du col qui décomprime le canal de l'urèthre.

En soulageant la vessie de son trop plein, ce regorgement peut prolonger la résistance des parois de l'organe et en retarder la gangrène.

Il peut aussi être pour un observateur superficiel la cause d'une erreur grave qui a souvent coûté la vie des malades. Elle consiste à prendre pour de l'incontinence d'urine, l'écoulement dû à une rétention trop complète.

L'occlusion du canal de l'urèthre est parfois si entière, que la vessie ne peut se vider par regorgement. La gangrène et la rupture des parois vésicales se produisent plus rapidement dans ce cas que dans le précédent.

Les urines perdues, d'abord inodores, ne tardent pas à subir la fermentation ammoniacale et à prendre une odeur de plus en plus repoussante, à cause de la cystite qui d'abord purulente devient souvent gangréneuse.

On voit nager dans le vase où elles sont déposées des fausses membranes qui surprennent souvent par leur volume et leur résistance. On a vu de ces fausses membranes reproduire exactement la forme et les dimensions de la cavité vésicale.

Ces fausses membranes sont formées par la muqueuse seule ou associée à une partie de la tunique musculuse de la vessie.

La couleur des urines se modifie également, d'abord limpides, elles finissent par être troubles, purulentes puis noirâtres; elles peuvent contenir les lambeaux plus ou moins considérables que nous venons de décrire et être teintées de sang.

La rétention peut, bien que rarement, faire défaut. Nous avons personnellement observé une rétroversion de l'utérus gravidique qui causa un avortement, mais ne troubla ni la miction ni la défécation (Obs. III).

Rétention des matières fécales. — C'est après la réten-

tion d'urine, le symptôme le plus constant. La constipation s'établit de même lentement dans la déviation progressive, rapidement dans le déplacement brusque.

C'est dans la forme lente, une constipation opiniâtre qui ne cède que difficilement aux lavements, et arrive peu à peu à être complète.

Dans la forme brusque, la malade est peu après l'accident prise de ténésme avec prurit rectal; on a souvent constaté une sensation analogue à celle que procurerait la présence d'un corps volumineux appuyant sur le plancher du petit bassin. Il existe en même temps une vive douleur à l'hypogastre avec irradiation dans les membres inférieurs.

La femme sollicitée d'aller à la selle par le ténésme, fait des efforts violents qui peuvent amener l'expulsion d'une petite quantité de matières tantôt dures, tantôt au contraire molles, allongées en ruban ou creusées en gouttière et comme passées au laminoir.

D'autrefois, les plus grandes tentatives n'amènent aucun résultat; les gaz ne sont pas même expulsés. A chaque tentative pour aller à la selle, succède une exagération de la sensation de pesanteur et d'obstruction.

Le ténésme rectal est également accru, le rectum et l'anus se congestionnent, la muqueuse devient rouge, livide et le sphincter laisse quelquefois passer au moment des efforts de défécation, des mucosités sanguinolentes.

Dans les cas d'obstruction aussi complète, on voit rapidement apparaître tous les symptômes d'occlusion intestinale. Ils peuvent même, dès le début, être assez marqués pour détourner l'attention du médecin et l'em-

pêcher de reconnaître la véritable cause des accidents.

Le ventre, déjà distendu par la vessie pleine, se ballonne grâce à la présence des gaz dans l'intestin. Sa paroi abdominale apparaît alors comme gonflée par deux énormes tumeurs superposées, souvent séparées par un sillon. L'inférieure mate, due à la vessie, la supérieure tympanique due à l'intestin.

Si on n'intervient rapidement, les symptômes de l'occlusion intestinale s'accroissent, les vomissements fécaloïdes apparaissent, les extrémités se refroidissent, le pouls devient filiforme et la malade meurt dans le collapsus.

La quantité de matières fécales contenues dans l'S iliaque est quelquefois assez considérable pour amener la paraplégie des membres inférieurs par compression nerveuse.

Rarement tous les accidents que nous venons de décrire existent simultanément.

Plus fréquemment encore que la rétention d'urine, la constipation peut faire défaut ou être remplacée par de la diarrhée, voir même de l'incontinence des matières fécales.

Dans l'observation I de notre thèse, la diarrhée succéda à la constipation.

Douleur. — Nous avons vu la douleur vive qui se manifeste lorsque l'utérus se renverse subitement en arrière. Nous avons également parlé des tiraillements, de la sensation de pesanteur, des douleurs lombaires qui précèdent souvent le complet établissement de l'affection.

Lorsque la rétroversion est complète et accompagnée de rétention des urines et des matières fécales, les douleurs sont très complexes et résultent de la triple action douloureuse de ces trois symptômes.

La déviation de l'utérus en plus de la sensation de déplacement et de déchirure qu'elle occasionne, donne lieu à des douleurs lombaires, analogues à celles de la courbature et du lumbago, s'irradiant du côté des aînes et des cuisses.

Ces souffrances peuvent être à elles seules assez considérables pour forcer la malade à garder le lit.

Lorsque la rétention d'urine est établie, il se développe du côté du méat urinaire un prurit accompagné ou non de douleurs vives et cuisantes. A mesure que la vessie se dilate, s'établit une sensation de surdistension avec envie impérieuse d'uriner; les douleurs sont aiguës, fréquentes, accompagnées de contractions également douloureuse du muscle vésical. Elles se propagent suivant le trajet des uretères et coïncident avec des douleurs rénales intenses. Leur irradiation du côté des cuisses se confond avec le même phénomène occasionné par les deux autres symptômes.

L'érythème, cause du prurit, est rapidement amené par le séjour constant de l'urine.

Les violentes douleurs du ténesme rectal, leurs diverses irradiations et les souffrances occasionnées par la rectite, ont été décrites plus haut.

Que l'on ajoute à tout ceci : les tranchées utérines du début de l'avortement, les coliques intestinales, les efforts de vomissements de l'occlusion intestinale, la gêne méca-

nique de la respiration et l'on aura le tableau complet de la rétrodéviation non soignée.

De tous les symptômes douloureux, ceux de la rétention d'urine sont le plus fréquemment observés.

Lorsque l'affection est installée depuis un certain temps les douleurs d'origine vésicale peuvent cesser subitement. La malade très soulagée se croit guérie, mais elle est rapidement emportée par une péritonite suraiguë. Sa vessie trop longtemps tendue, s'est gangrénée et rompue. La malade se trouve alors également exposée à tous les dangers de l'infiltration d'urine et de l'urémie.

Symptômes généraux. — Au début, il n'y a pas de réaction générale, si ce n'est celle que peut causer la douleur chez une personne nerveuse.

Si la rétroversion se réduit spontanément ou si l'organe est rapidement remis en place par la main du chirurgien, tout se borne à la douleur.

L'affection est-elle méconnue, les troubles gastriques se montrent les premiers sous forme de vomissements et d'une inappétence absolue, puis la température s'élève, le pouls devient rapide, la malade est abattue, amaigrie. La température prise dans l'aiselle, peut monter jusqu'à 40° et le pouls donner 130 pulsations à la minute (Obs. I).

Lorsque la terminaison doit être fatale, surviennent des symptômes de péritonite suraiguë ou d'occlusion intestinale.

La patiente reste presque toujours calme, sans délire, et conserve jusqu'à la fin sa connaissance entière. Il y a même parfois dans les derniers moments un bien-être trompeur qui donne quelque espoir à l'entourage. Cepen-

dant à ce moment, les traits sont grippés, l'adynamie profonde, le pouls filiforme et l'on voit apparaître un hoquet de mauvais augure.

Alors même que la gravité des symptômes généraux température élevée, pouls rapide, abattement, fait craindre pour la vie de la malade, un traitement approprié peut quelquefois faire rapidement tout disparaître.

B. — Signes physiques.

La constatation d'une constipation opiniâtre, d'une rétention d'urine datant de quelques jours, suivie d'une incontinence par regorgement, chez une femme non réglée depuis quelques mois, doit faire songer à une rétroversion de l'utérus gravide.

Mais le diagnostic ne saurait être certain sans l'examen méthodique auquel nous allons procéder.

Inspection. — L'interrogatoire ayant conduit à découvrir le ventre de la malade, on le trouve volumineux, arrondi sous forme de tumeur. Le développement de l'abdomen n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse.

La peau est lisse et tendue ; si la maladie date déjà de quelque temps, on peut rencontrer des vergétures récentes.

Quelquefois, un sillon en arc de cercle, allant du milieu d'une arcade fémorale à l'autre et s'élevant, soit au-dessus soit au-dessous de l'ombilic, délimite nettement le globe vésical.

Si l'occlusion intestinale est complète, le ventre est

plus ballonné encore, et l'on peut voir au dessus de la vessie, sous la paroi abdominale, se dessiner les convolutions intestinales soumises à des contractions péristaltiques.

Les cuisses écartées laissent voir une vulve humide qui répand une odeur caractéristique d'urine fermentée.

Des excoriations existent également à la fourchette et à la partie interne des cuisses, les grandes lèvres sont souvent tuméfiées ou même œdématiées. Il en peut être de même des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Si écartant de deux doigts les grandes et les petites lèvres, on cherche des yeux le méat, on peut ne pas le voir, entraîné qu'il est en haut et en arrière, ou l'apercevoir au loin derrière la symphyse.

Regardant du côté de l'anus, on trouve souvent la muqueuse en état de prolapsus, très congestionnée, quelquefois même saignante. Il est assez fréquent de rencontrer des hémorroïdes.

Après le cathétérisme, une dépression souvent profonde remplace la tumeur précédente.

Lorsque la rétention fait défaut l'inspection est généralement négative; on a cependant signalé l'existence d'une dépression au dessus de la symphyse.

Palpation, percussion. — La tumeur que nous venons de décrire est molle, fluctuante et mate dans toute son étendue.

La sensation de flot peut être très nettement perçue d'un côté à l'autre du ventre, si la rétention est considérable.

La pression de cette tumeur exagère l'envie d'uriner et peut même augmenter la quantité du liquide qui s'écoule.

Lorsque les parois vésicales n'ont pas perdu toute leur tonicité, elles sont susceptibles de se contracter, ce qui a pour effet de durcir la tumeur et de donner à la main qui explore l'illusion du globe utérin en contraction.

La palpation attentive de toute la tumeur dénote qu'aucune partie solide ne flotte au milieu du liquide qu'elle contient.

La matité et la fluctuation occupent la même région, quelle que soit la position donnée à la patiente.

En déprimant profondément à gauche la paroi abdominale, on rencontre parfois les matières fécales contenues dans l'S iliaque.

Lorsqu'il existe des œdèmes, la pression des doigts les déprime en forme de godet.

Après le cathétérisme, l'utérus devient accessible et on en peut mesurer le volume et la hauteur.

Auscultation. — Avant le cathétérisme, l'auscultation reste le plus souvent négative, le bruit de souffle utérin est cependant quelquefois perceptible.

Lorsque la vessie a été vidée, le souffle utérin devient plus net, on peut même entendre les bruits du cœur fœtal si le fœtus est assez volumineux pour qu'ils puissent être entendus.

Il est évident que dans nombre de circonstances, telles que mort du fœtus ou décollement du placenta, ni l'un ni l'autre des bruits signalés ne sera perçu.

Toucher vaginal. — Pour que le toucher puisse être avantageusement pratiqué dans les cas de rétroversion

de l'utérus gravide, il faut, plus qu'en toute autre circonstance, placer la malade dans une situation convenable. Le bassin de la femme sera soulevé au dessus du plan du lit par un coussin, par les mains d'un aide ou par les mains de la patiente. La cuisse opposée au chirurgien sera fléchie sur le bassin et écartée. La cuisse correspondante devra être allongée sur le plan du lit ou fléchie comme l'autre.

Comme le toucher se pratique chez une femme susceptible d'avorter, on prendra toutes les précautions antiseptiques requises auprès d'une parturiente ordinaire. On sera même autorisé à pêcher par excès, les urines pouvant être une cause d'infection. Il sera nécessaire de pratiquer une toilette vulvaire sérieuse et de donner une grande injection avant et après le toucher.

Le doigt indicateur rencontre d'abord la paroi postérieure du vagin qui semble raccourcie, épaissie, et est le plus souvent plissée transversalement.

Explorant ensuite la paroi antérieure, on la trouve tiraillée, tendue, changée de direction. Il faut pour la suivre que l'extrémité du doigt se dirige presque verticalement; la muqueuse est lisse, contrairement à celle de la face postérieure.

On peut sentir, assez profondément en arrière, vers l'arcuatum, un petit tubercule qui laisse le plus souvent sourdre du liquide. C'est le méat urinaire que nous avons déjà vu dévié.

Le doigt explorant le fond du vagin reste sec, ce pendant que la paume de la main est constamment remplie de liquide. Bien plus, si ayant découvert le col de l'uté-

rus, on le pousse en arrière, l'urine partant en jet inonde le bras de l'opérateur et le lit de la malade.

« Dans un cas de grossesse avec rétroversion, les internes, en touchant la malade, qu'ils crurent d'abord sur le point d'accoucher, furent très étonnés de remarquer qu'à chaque toucher, la malade urinait avec roideur dans la manche de celui qui l'examinait (1). »

Ce phénomène pourrait faire songer à la rupture prématurée des membranes, mais l'abondance du liquide, son lieu d'origine très antérieur à l'orifice du col et ses caractères feront facilement écarter cette idée.

Si on cherche à se rendre compte de l'état des culs-de-sac, on voit que le postérieur a disparu et est effacé par une tumeur volumineuse, arrondie, molle, se durcissant parfois sous le doigt.

Avec la pulpe du doigt déprimant brusquement cette tumeur on peut éprouver plus ou moins nettement la sensation de ballottement fœtal. Ce signe perçu permet d'affirmer que la tumeur n'est autre que l'utérus gravide.

Le cul-de-sac antérieur est au contraire devenu très profond, mais il a en même temps considérablement diminué de largeur.

Pour y pénétrer, le doigt est obligé de se glisser profondément derrière la symphyse.

Le plus souvent le col est alors accessible et son orifice caché derrière la symphyse regarde presque directement en haut, la femme étant couchée.

1. Lacroix, *Loc. cit.*, p. 87.

Il peut arriver que le doigt pénétrant dans le vagin rencontre presque dès l'entrée le corps et le col de l'utérus ou seulement l'un des deux. Il existe alors du prolapsus utérin et de la rétroversion.

Lorsque la matrice est rétrofléchie au lieu d'être rétroversée, le col a conservé sa situation normale ou peu s'en faut; il regarde en bas et un peu en avant. Mais il existe immédiatement derrière un sillon profond séparant le corps et le col.

Un doigt exercé et prévenu rencontrera le plus souvent au fond du cul-de-sac postérieur, une ligne en relief d'une longueur de deux à trois centimètres dirigée d'avant en arrière, indice certain de la présence du corps de l'utérus. C'est la crête médiane signalée et décrite pour la première fois en France par M. Le Dentu (1) et à l'étranger par Meckel. On peut, après l'avoir perçue, affirmer, suivant ces auteurs, la rétrodéviation.

Nous avons personnellement constaté la valeur de ce signe (Obs. III).

Parfois, la paroi vaginale antérieure, au lieu d'être unie et tendue, fait saillie à l'intérieur du vagin sous forme d'une tumeur lisse, molle, fluctuante. Le col et l'utérus sont distincts de cette tumeur que l'on reconnaît aisément être d'origine vésicale.

Après avoir ainsi pratiqué le simple toucher, on ne négligera jamais d'employer la palpation et le toucher combinés. Pour cela, laissant le doigt qui touche en place, on

1. Le Dentu, *Gazette des Hôpitaux*, 28 mars 1895, p. 337.

palpera avec la main restée libre la paroi abdominale en la déprimant plus ou moins suivant le besoin.

La fluctuation perçue en tous sens, ne se communique pas au doigt qui touche l'utérus, preuve évidente qu'il existe deux tumeurs distinctes.

Si la paroi antérieure du vagin est repoussée à l'intérieur par la vessie pleine, la main abdominale déprimant la vessie, le doigt percevra au niveau de la tumeur intra-vaginale la sensation de flot.

Le cathétérisme effectué, on devra pratiquer de nouveau le toucher et le palper bimanuel.

La main ne sera plus mouillée, la paroi vaginale antérieure sera moins tendue et le col souvent plus accessible.

Si le col inaccessible au doigt avant le cathétérisme l'est encore après, il ne faut pas hésiter à introduire deux doigts ou la main dans le vagin, pour n'avoir pas à regretter plus tard une méprise, faute d'avoir suffisamment recherché le col. On aura plutôt, si cela est nécessaire, recours au chloroforme.

La main abdominale n'étant plus gênée par l'urine pourra apprécier le volume de l'utérus, sa situation exacte et la quantité approximative de matières contenues dans le rectum.

Si on ne réduit pas la matrice immédiatement, il sera bon après chaque cathétérisme de palper et de toucher la malade pour bien savoir si l'utérus reprend sa place normale.

Toucher rectal. — Nous ne sommes pas, comme beau-

coup, de l'avis, qu'il faut toujours pratiquer le toucher rectal.

Il est le plus souvent dans la circonstance excessivement douloureux, à cause du ténésme et de l'inflammation de la muqueuse rectale ; beaucoup de femmes, du reste, par répugnance, ne s'y soumettent que difficilement.

Si donc le diagnostic a été fait, grâce à tous les moyens précédemment décrits, nous renoncerons sans regret au toucher rectal.

Si cependant, le diagnostic est encore hésitant, si l'on veut se rendre compte de la présence d'une tumeur soupçonnée accessible par cette voie, on pourra avoir recours à ce genre d'exploration.

On aura le loisir de constater ainsi : la hauteur du fond de l'utérus, la présence de fausses membranes et de matières fécales.

En introduisant un doigt dans le vagin et l'autre dans le rectum, on percevra la fluctuation du liquide amniotique.

Le toucher rectal pourra surtout être pratiqué dans un but thérapeutique, comme moyen de remettre l'utérus en place.

Cathétérisme vésical. — Pour être logique, nous aurions dû décrire ce moyen d'investigation avant tous les autres, parce que c'est un principe en gynécologie et en obstétrique de ne pas pratiquer d'examen sans avoir préalablement vidé la vessie. C'est ainsi que nous avons toujours procédé et que nous ferons dans l'avenir.

Nous devons cependant montrer les symptômes qui existent la vessie étant pleine.

Peu importe le choix de la sonde, pourvu qu'elle soit aseptique. Nous dirons ultérieurement celle que l'on doit prendre lorsque le cathétérisme est difficile.

On écartera les petites lèvres pour introduire la sonde, dans le méat découvert et éviter de la souiller le long des parois vaginales.

Si on ne peut voir l'orifice uréthral, on placera l'index droit à l'entrée du vagin, puis glissant la sonde sur la pulpe du doigt, on la fera pénétrer ainsi dirigée à travers le méat.

A peine le bec de la sonde est-il arrivé dans la vessie, qu'il s'écoule avec force un jet d'urine ; à mesure que le liquide sort on voit diminuer la tumeur abdominale, et la malade manifeste un sentiment de bien être et de soulagement.

Du coup, par cette manœuvre simple, sont éliminées toutes les tumeurs liquides de l'abdomen auxquelles on pouvait préalablement penser.

Si au cours du cathétérisme, le jet d'urine s'arrête subitement, la lumière de la sonde sera probablement obstruée par une fausse membrane, une mucosité ou un caillot ; au lieu de la retirer, on poussera de dehors en dedans une solution boricuée.

Lorsque l'urine, au lieu de sortir en jet, commencera à couler en bavant le long de la sonde, il sera bon, au lieu de vider complètement la vessie, d'arrêter l'opération pour éviter la déplétion trop brusque de l'organe (Obs. VIII).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC.

Chacun des symptômes présenté dans le cours de la rétroversion pouvant être la cause d'erreurs nombreuses, nous les examinerons un à un, et nous verrons avec quelles maladies chacun d'eux peut être confondu.

Rétention d'urine.

Un médecin appelé auprès d'une malade qui présente de la rétention d'urine peut, s'il néglige de se rendre compte de l'état de la vessie, croire à une anurie d'origine rénale. Un peu d'attention et de méthode suffiront pour éliminer cette affection. Dans l'anurie d'origine rénale, les symptômes généraux sont rapidement d'une gravité excessive et s'accompagnent de délire et de coma. Nous dirons d'ailleurs, une fois pour toutes, que le simple cathétérisme, absolument inoffensif, tranche immédiatement la difficulté.

Si la malade urine par regorgement, on peut confondre cette variété d'incontinence avec l'incontinence d'urine vraie.

Mais l'incontinence ne s'établit pas ainsi brusquement, chez une femme d'un certain âge. De plus, dans l'incontinence, on ne perd pas constamment ses urines et il n'existe pas de tumeur vésicale.

Malgré la difficulté souvent grande à pratiquer le cathétérisme, on écartera facilement l'idée d'un rétrécissement du canal de l'urèthre, sachant combien il est rare chez la femme. Il aurait d'ailleurs été précédé de phénomènes inflammatoires qui ne seraient pas restés inaperçus. Dans la rétroversion, on se rend bien compte que l'obstacle siège en dehors des parois du canal.

La présence d'une pierre dans la vessie expliquerait la dysurie, mais non l'incontinence par regorgement et la rétention absolue. L'introduction d'une sonde métallique produit, s'il y a calcul, un choc pathognomonique.

La paralysie de la vessie peut exister pendant un certain temps après le premier cathétérisme et faire passer inaperçue la rétroversion. Si l'examen est complet, cette erreur ne sera pas commise. Elle serait d'ailleurs sans beaucoup de gravité, le cathétérisme fréquent faisant partie du traitement de l'une et l'autre affection.

Dans l'ascite, la matité se déplace avec la malade et occupe toujours la partie déclive. On découvre en même temps l'existence de l'affection qui l'a amenée, maladie du foie, du cœur ou du rein. Il existe une circulation collatérale assez marquée.

L'hydramnios survient souvent brusquement, mais, on trouve à l'intérieur de la tumeur utérine un corps solide ballottant d'autant mieux que la quantité de liquide est plus considérable. Le palper et le toucher combinés font trouver dans la rétroversion l'utérus indépendant de la tumeur vésicale et relativement peu volumineux.

Un kyste de l'ovaire se développe généralement, lentement, sans amener de symptômes graves. S'il y avait torsion du pédicule, les accidents produits pourraient se rapprocher de ceux observés dans la rétroversion. Les commémoratifs feraient connaître l'existence d'une tumeur de date ancienne et la vessie serait vide.

L'absence de rétention d'urine pourrait d'abord faire écarter l'idée de rétroversion de l'utérus gravide. Il faut donc bien se persuader que cet important symptôme peut manquer et se guider sur la présence des autres pour faire le diagnostic.

On ne négligera pas surtout de faire l'examen direct.

Constipation.

Beaucoup de femmes sont habituellement constipées et le sont surtout pendant leur grossesse. Cette constipation n'offre pas les mêmes caractères que la rétention des matières fécales due à la compression du rectum par l'utérus. La constipation cède aux lavements ou aux laxatifs, elle n'est pas accompagnée de vives douleurs lombaires avec ténésme et inflammation de la muqueuse rectale.

Le cancer du rectum se développe lentement chez des personnes âgées. La malade est amaigrie, jaune paille. Elle a du méloena ou des selles sanglantes. Le toucher rectal permet de constater une tumeur anfractueuse qui fait partie des parois rectales. Elle est très différente de la tumeur arrondie, lisse, fluctuante, sentie dans le vagin à travers la paroi recto-vaginale dans le cas de rétroversion.

Les symptômes d'occlusion intestinale peuvent masquer tous les autres, mais, on doit toujours chercher attentivement qu'elle est la cause de ce phénomène. L'absence de hernie ou, s'il en existe, leur réduction facile, montrera qu'il n'y a pas hernie étranglée.

L'énorme ballonnement du ventre et la rétention absolue des gaz intestinaux, feront localiser le siège de l'étranglement à la partie inférieure du tube digestif. Le toucher vaginal et le toucher rectal pratiqués ensemble ou consécutivement feront affirmer le diagnostic.

La présence de diarrhée ne devra pas plus que l'absence de la rétention d'urine faire conclure à la non existence d'une rétroversion.

Douleur.

La douleur par sa localisation plus considérable en certains points, pourra faire commettre des erreurs.

L'avortement accompagne souvent la rétroversion, et les coliques qu'il occasionne permettent rarement à la femme de se tromper sur leur nature.

Le médecin conclura facilement à une fausse couche probable, parce que souvent les douleurs s'accompagnent de métrorrhagie. Mais il ne devra rien négliger pour connaître la cause de l'avortement et l'empêcher de se produire s'il en est temps encore.

On peut prendre pour des coliques expulsives les douleurs d'origine vésicale ou rectale, alors qu'il n'y a pas immédiatement menace d'avortement. Dans notre observation II, on voit un médecin et une sage-femme faire cette erreur. Un examen attentif de la nature de ces douleurs, de leur irradiation dans les lombes et les cuisses, fera reconnaître leur véritable cause. La constatation de la rétention d'urine et d'une opiniâtre constipation lèveront tous les doutes.

La péritonite peut se déclarer à la fin de l'affection, mais au début, les coliques et les autres souffrances éprouvées par la malade se distinguent par plus d'un signe des douleurs péritonéales. Elles sont accompagnées d'un sentiment de pesanteur qui fait défaut dans la péritonite. La douleur à la pression est plus vive dans la péritonite que dans la rétention d'urine. Il y a dans la péritonite, des modifications du pouls et des vomissements porracés qui n'existent pas dans la rétroversion du moins au début. Le ventre ballonné est sonore et non pas mat.

Dans la colique néphrétique, la douleur suit un trajet descendant et ne débute pas par la vessie. Elle ne s'accompagne, ni de rétention absolue, ni d'incontinence d'urine. La présence de graviers et les attaques antérieures seront en faveur de la colique néphrétique.

Présence d'une tumeur.

Lorsqu'une tumeur dans le petit bassin amène des phénomènes de compression, il faut chercher à connaître l'état de l'utérus et savoir s'il est vide ou plein. L'utérus gravide présente une consistance spéciale ; à la fois souple et dur, il se contracte quelquefois sous le doigt. Si ce signe manque, ou si l'on doute de la sensation perçue, l'absence des règles, la pigmentation des seins et de la ligne brune, la présence d'une goutte de colostrum plaideront, surtout chez une primipare, en faveur de la probabilité d'une grossesse.

Dans la métrite du corps, l'utérus est également volumineux, mais la malade souffre depuis longtemps déjà, elle a une leucorrhée abondante et souvent des métrorrhagies alors que dans la grossesse il y a suspension des règles. Le col est le plus souvent rouge et même ulcéré dans la métrite, il laisse sortir d'abondantes mucosités.

Le prolapsus existe souvent en même temps que la rétroversion, mais il peut exister seul. Dans ce cas, le col et le corps abaissés ont conservé leurs rapports relatifs, le col situé dans l'axe du vagin ne fait aucun angle avec le corps.

Les tumeurs fibreuses sont souvent distinctes de l'utérus. Un toucher et un palper attentifs, faits à l'occasion sous le chloroforme, aideront à les distinguer. S'il était

impossible de reconnaître une grossesse dans un utérus rétro-dévié d'une tumeur fibreuse de la face postérieure de la matrice, il serait bon de revoir la malade à plusieurs reprises et de lui conseiller le repos.

Le cancer sera plus facilement diagnostiqué à cause de l'âge de la malade et de son amaigrissement. La tumeur est d'ailleurs généralement bosselée, irrégulière et ulcérée.

Si la tumeur existe en même temps que la grossesse, le diagnostic sera souvent d'une difficulté excessive. Si cependant, l'utérus est à la hauteur normale d'après l'âge présumé de la grossesse, et si malgré cela, le cul-de-sac postérieur est rempli, on conclura à l'existence d'une tumeur dans un utérus non rétroversé. Le toucher rectal sera indispensable pour savoir si au dessus de la tumeur l'utérus n'est pas rétrofléchi.

Les tumeurs de la paroi antérieure seront plus facilement appréciables par le palper et le toucher combinés ou non.

Les douleurs abdominales vives, les contractions de la vessie sous la main qui l'explore, la constatation dans le vagin d'une tumeur arrondie, ne présentant ni bords, ni lèvres, ont pu faire croire à un accouchement. Le volume du ventre en impose pour une grossesse à terme, en l'absence de col, on s' imagine que la dilatation est complète et les urines émises par regorgement sont prises pour le liquide amniotique. La tumeur vaginale est confondue avec une partie fœtale en présentation, tête ou siège.

Une erreur de ce genre est excessivement grave, parce

qu'elle peut conduire à faire une application de forceps sur l'utérus.

Le liquide amniotique vert s'il est teinté de méconium ne sera pas confondu avec une urine purulente ou noirâtre et à odeur ammoniacale.

L'urine normale est encore moins facile à confondre avec le liquide amniotique normal.

D'ailleurs, introduisant le doigt dans le vagin, on sentira que le liquide émis, au lieu de sortir de la profondeur du vagin et de mouiller tout le doigt, ne souille que la main, laissant le doigt humecté seulement par la mucosité vaginale.

Le spéculum ferait voir que l'orifice de sortie du liquide est le méat urinaire.

En cas de doute, il faudra sous le chloroforme introduire la main dans le vagin et chercher attentivement le col.

La tumeur ne devrait pas être prise pour une tête à cause de l'absence de sutures et de fontanelles, ni pour un siège à cause de l'absence du sillon interfessier. Si on rencontrait ces signes, on aurait la sensation de ne les percevoir qu'au travers de la paroi utérine et non directement.

On a pu prendre, une fois du moins, la tumeur non pour une partie fœtale mais pour le col utérin oblitéré. Comme il est exceptionnel de rencontrer un col imperforé, il faudra avant d'affirmer ce diagnostic, avoir fait le toucher manuel.

Dans la dilatation sacciforme de l'utérus, en même temps que le corps très développé remonte assez haut dans

l'abdomen, le cul-de-sac postérieur du vagin est occupé par une tumeur fluctuante, tenant au col reporté lui-même derrière la symphyse.

L'hématocèle rétro-utérine présente avec la rétroversion de l'utérus gravide quelques symptômes communs. Cependant, il n'y a dans l'hématocèle ni pigmentation des seins, ni production de colostrum, ni aucun des troubles du début de la grossesse.

L'utérus qui a conservé son volume normal est refoulé en masse sans avoir subi aucun mouvement de bascule.

La pelvi-péritonite suppurée, suite d'une infection utérine, survient habituellement peu après un accouchement. Elle débute souvent par des symptômes généraux alarmants, avec frisson au moment de la formation du pus. On peut sentir dans le cul-de-sac postérieur une fluctuation très nette et indépendante de l'utérus. Il n'existe pas de rétention absolue d'urine.

Le diagnostic est particulièrement difficile à faire entre la rétroversion de l'utérus gravide et une grossesse extra-utérine dans le cul-de-sac vagino-péritonéal de Douglas. Il existe dans les deux cas, de la douleur coïncidant avec des signes de grossesse, de la constipation et de la rétention d'urine. De plus, la tumeur du cul-de-sac est identique. Cependant le col est moins dévié dans la grossesse extra-utérine ou bien la déviation est latérale. Le corps est rejeté en entier en avant et indépendant de la tumeur du cul-de-sac. La rétention d'urine est d'ailleurs dans ce cas moins absolue que dans les cas de rétroversion.

Malgré le nombre des affections qui peuvent être con-

fondues avec la rétroversion, le diagnostic en est généralement facile pendant un certain temps. Mais à la période ultime, les symptômes de cystite, de péritonite ou d'urémie peuvent dominer la scène ; la vérité, surtout si la vessie s'est rompue, ne peut plus être connue que grâce aux commémoratifs.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

Lorsque l'utérus est en rétroversion avant la fécondation, deux cas peuvent se présenter au cours de la grossesse.

1° L'utérus se redresse, la grossesse évolue normalement et la rétro-déviatiou est heureusement influencée.

2° La situation défectueuse de l'utérus se maintient et la matrice amène en augmentant de volume, les phénomènes de compression que nous connaissons.

Une fois établie au cours de la grossesse, la rétroversion peut également suivre des marches très différentes :

1° Les symptômes légers cessent sous l'influence du simple repos, l'utérus se redresse au-dessus du détroit supérieur et la grossesse suit son cours normal.

2° Une partie de l'utérus reste enclavée, pendant que l'autre se développe normalement, on se trouve alors en présence d'une rétroversion partielle, d'une malformation connue sous le nom d'utérus sacciforme ou en bissac.

3° L'utérus conservant sa mauvaise position, continue

cependant à se développer, les accidents s'établissent mais se terminent par un heureux avortement qui sauve la malade.

4° L'avortement ne se produit pas ou trop tard, la malade meurt de péritonite, d'urémie ou d'occlusion intestinale.

Telle est la marche de l'affection abandonnée à elle-même, sa durée est excessivement variable, suivant le degré de compression exercé par l'utérus.

L'intervention, si elle n'est pas trop tardive, est le plus souvent toute puissante pour arrêter les accidents.

L'avortement n'est pas la terminaison la plus fréquente de la rétroversion, le traitement rapide diminue d'ailleurs considérablement la proportion des fausses couches.

Charles (de Liège) donne les chiffres suivants portants sur 120 observations comprenant 138 cas : il y eut 47 avortements dont 8 provoqués et 20 femmes moururent.

Sur 121 malades de A. Martin, 97 sont parvenues au terme de leur grossesse.

Le pronostic de l'affection traitée est peu grave pour la mère, réservé pour l'enfant, à cause de la fausse couche possible alors même que la maladie est traitée.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT.

La gravité de la rétroversion chez la femme enceinte est due à la rétention opiniâtre des urines et à la constipation qui souvent confine à l'obstruction intestinale.

Il existe donc deux indications qu'il faut remplir sans retard :

1° Vider la vessie ;

2° Vider le rectum.

On devra également combattre les symptômes généraux parfois graves, d'où :

3° Traitement général.

Comme le déplacement utérin est la cause de tout le mal, il faudra faire en sorte que la matrice reprenne le plus rapidement possible sa place normale.

Nous aurons donc à traiter :

4° De la réduction de l'utérus.

1^o *Vider la vessie.*

Le procédé le plus simple, puisqu'il ne nécessite pas d'instrument, consiste à donner à la malade une position qui permette l'émission des urines. Quelques malades se font à elles-mêmes ce traitement que le hasard leur a appris.

D'autres s'introduisent un doigt dans le vagin, refoulent le col, dégagent le canal de l'urèthre et peuvent de la sorte uriner.

L'utérus est presque toujours trop enclavé pour qu'un simple changement de position suffise à dégager le canal de l'urèthre. Souvent même, la pression la plus énergique exercée sur le col utérin arrivera à peine à augmenter la quantité de liquide émise par regorgement.

Le chirurgien persuadé de l'innocuité absolue d'un cathétérisme pratiqué aseptiquement, négligera ces procédés et introduira tout d'abord une sonde dans la vessie.

Le cathétérisme s'effectue quelquefois sans difficulté, mais il est loin d'en être toujours ainsi.

Nous avons vu combien il est difficile d'apercevoir le méat urinaire, et combien le canal de l'urèthre peut être comprimé, tirillé, dévié; il peut sous l'influence d'un mouvement de torsion, décrire plusieurs courbures que la sonde sera impuissante à redresser.

Pour pratiquer le cathétérisme, on commencera, si on prévoit des difficultés, par se servir d'une sonde de Nélaton en caoutchouc rouge pouvant supporter l'ébullition.

Cette sonde très molle est incapable de causer aucun dégât; sa souplesse lui permet de suivre toutes les courbures du conduit urétral. Etant donnée la facilité avec laquelle cette sonde se coude, la main qui l'introduit ne devra pas pour la pousser, s'écarter de plus de deux centimètres du méat urinaire.

Si plusieurs tentatives faites avec cette sonde étaient infructueuses, à cause de la résistance de l'obstacle, il serait bon d'essayer en introduisant la sonde de repousser le col en arrière. Ce procédé a-t-il échoué, on abandonnera la sonde molle pour prendre une sonde demi rigide en gomme élastique, à bout olivaire ou à bécuille. Cette sonde plus dure que la première ne se laissera pas comprimer et aplatir, repoussera mieux les obstacles, et grâce à sa souplesse pourra suivre le canal dans ses déviations.

Si par extraordinaire, on n'a pas réussi grâce aux deux moyens précédents, on se servira d'une sonde métallique. On pourra employer la sonde de trousse ordinaire. Si on craint qu'elle soit trop courte, on prendra une sonde d'homme.

Il est presque impossible d'indiquer une règle de conduite pour chacun des cas qui peuvent se présenter. Nous dirons seulement que le chirurgien doit procéder avec beaucoup de patience et d'attention. Il ne se laissera pas rebuter par plusieurs succès, mais par un palper et un toucher méticuleux se rendra bien compte des obstacles qui s'opposent à l'introduction de la sonde. Il s'ingéniera ensuite à trouver le moyen de les vaincre.

On a quelquefois vu des sondes métalliques à grande

la courbure amener l'évacuation alors que toutes les autres avaient échoué.

Si malgré tout, la malade n'a pu être sondée, on devra sans hésitation avoir recours à la ponction capillaire de la vessie, pratiquée avec un appareil aspirateur. Les accidents problématiques que pourrait amener cette opération bien faite, ne sont rien en raison de ceux rapidement mortels qu'occasionnerait sûrement la rétention d'urine.

A une époque où n'existaient ni la méthode d'aspiration, ni l'antisepsie, Lacroix disait : « Faites une ponction à la « vessie avec un trois-quarts ; les inconvénients d'une « ponction s'effacent devant la gravité des accidents « qu'elle peut prévenir. »

2^e *Vider le rectum.*

On donnera tout d'abord des lavements émollients. Mais il arrive qu'ils ne sont point gardés et rapidement rendus tels que.

La position de la malade sur les genoux pourra parfois lui permettre de recevoir et de conserver le lavement « *neque clisterem admittit, nisi genibus patiens* » (1).

Si la canule ordinaire est insuffisante, on introduira, en la poussant lentement, pour faciliter son passage, une longue canule en gomme élastique.

1. Roderigue de Castro. *Loc. cit.*

Peut-être pourrait-on aussi avec avantage donner un siphon d'eau de seltz en lavement.

Il faudra si ces procédés échouent, avoir recours aux laxatifs, on donnera la préférence à l'huile de ricin, mais il ne faudra accorder qu'une confiance modérée aux purgatifs, impuissants à lever un obstacle d'ordre mécanique.

Mieux vaudrait vider le rectum avec le doigt, une petite cuillère ou tout autre instrument.

3^e Traitement général.

On calmera les souffrances à l'aide d'extrait thébaïque ou de piqûres de morphine.

On prescrira quelques cachets d'antipyrine ou de sulfate de quinine contre la fièvre et la céphalalgie.

La prostration, l'adynamie, seront combattues par l'alcool, l'extrait de quinquina, les injections hypodermiques de sérum artificiel, d'éther ou de caféine.

On fera, s'il existe de la cystite, de fréquentes injections intra-vésicales d'eau boriquée ou d'une solution de chloral, en ayant soin de laisser une certaine quantité de la solution dans la vessie.

Si la péritonite est à craindre, ou si elle existe déjà, on appliquera sur le ventre une vessie de glace.

Si malgré le cathétérisme et les lavages, les symptômes graves de cystite gangréneuse continuaient à se manifester, on ne devrait pas hésiter, ainsi que le conseille M. le professeur Pinard à pratiquer la taille vaginale sui-

vie d'un drainage de la cavité vésicale. C'est dans les cas graves la seule chance que l'on ait de sauver la malade.

4^e Réduction de l'utérus.

Lorsque pendant quelques jours on a pratiqué à plusieurs reprises chaque jour le cathétérisme vésical, on s'aperçoit que, comme par enchantement, l'utérus dévié a repris sa place et cesse de comprimer les organes voisins.

La malade a ainsi évité le chloroforme ou la douleur d'une intervention.

Nous allons tâcher de savoir s'il vaut mieux remettre l'utérus en place après le cathétérisme ou au contraire attendre qu'il se réduise de lui-même.

Nous étudierons ensuite les procédés de réduction employés.

Burns prétend qu'en vidant la vessie trois ou quatre fois par jour, la rétroversion dure rarement plus d'une semaine. « Hunter a vu l'utérus reprendre sa position « immédiatement après avoir vidé la vessie et le rectum. « Ramsbotham (*Medical times and Gazette*, 1852), a « rapporté huit cas de redressement naturel de l'utérus « après que la vessie eût été vidée régulièrement et le « repos au lit strictement gardé. Champion (Murat, *Dict. en 60 vol.*), rapporte cinq faits analogues ; M. Croft (« *Lond. med. journ.* V, XI) deux ; le professeur Martin, « de Berlin (*Zeitsch. f. Geburtsh. und. Frauenkr.*, 1875)

« quatre. J'ai signalé plus haut d'autres cas de réduction spontanée de l'utérus rétroversé, après le traitement symptomatique ; il m'a été donné d'en observer dernièrement un exemple à l'hôpital des Cliniques (1) ».

On voit par cette citation combien sont nombreux les exemples de réduction spontanée à la suite du cathétérisme.

D'un autre côté, Gervis et Godson croient qu'il ne faut pas se borner à l'expectation, mais rapidement tenter la réduction de l'utérus pour éviter la production d'accidents graves du côté des voies urinaires.

Purslow et Heywood Smith à la Société de médecine d'Angleterre en 1893 ont également dit que dans tous les cas de déplacement en arrière de l'utérus gravide compliqués de rétention d'urine, on devra, après avoir fait le cathétérisme, tenter de réduire l'utérus.

Il est difficile en présence d'opinions aussi opposées de se prononcer d'une façon absolue. Nous croyons, ayant été témoin des bons résultats que donne le cathétérisme fréquent, qu'il faut considérer cette méthode, comme étant celle qui doit être préférée.

Nous donnerons à notre opinion trois raisons :

1° Les tentatives de réduction sont excessivement douloureuses, les souffrances éprouvées par la femme sont comparables à celles qu'amène chez l'homme la pression violente des testicules.

2° Si l'affection est déjà ancienne, un organe peut être

1. DUCOR. Thèse de doctorat, 1879, p. 82.

en partie sphacélé, et les efforts de réduction en produire la rupture, d'où péritonite mortelle possible.

3° L'utérus peut quelquefois être irréductible par suite de brides péritonéales ou d'adhérences.

Notre avis n'est pas exclusif et absolu. Si au bout de quelques jours, sept au maximum, l'utérus ne s'est pas réduit spontanément, on devra en faire la réduction. Il va sans dire que pendant ces sept jours, la malade sera régulièrement sondée au moins trois fois par vingt-quatre heures, qu'elle gardera le repos absolu au lit, et que tout en gardant l'expectation, le médecin se tiendra prêt à intervenir, dans le cas où les symptômes vésicaux viendraient à s'aggraver.

On ne devra pas négliger en touchant la malade de chercher à pousser en avant le corps de l'utérus, si cette simple tentative réussissait, mieux vaudrait agir ainsi qu'attendre.

Moyens employés pour réduire l'utérus.

A. — *Position donnée à la malade.* — La malade est mise sur le ventre avec défense expresse de prendre une autre position. Ce moyen favorise le retour du corps de l'utérus à sa place primitive, mais le cathétérisme seul donne souvent le même résultat sans fatiguer la malade.

On a également fait prendre aux patientes d'autres positions nombreuses, soit pour favoriser la réduction spontanée, soit pour faire la réduction manuelle ou instrumentale.

On préconise beaucoup la position sur les genoux et sur les coudes, ainsi que la position génu-pectorale. C'est cette dernière que Purslow fait prendre à ses malades.

On a également, pour pratiquer des manœuvres de réduction, fait mettre les femmes la tête en bas, les mains appuyées sur le plancher, les cuisses reposant sur le bord d'un lit, pendant que des aides les soutenaient. Godefroy (de Rennes) eût de la sorte trois succès.

Plus simplement, on laisse la femme reposer sur le dos ou sur le côté, ou bien on la place en position obstétricale.

B. — *Réduction manuelle.* — La douleur occasionnée par l'introduction de la main dans le vagin et les souffrances plus vives encore qu'occasionnent les pressions de l'utérus, semblent devoir permettre d'administrer le chloroforme. D'autant mieux que sous le chloroforme, la malade ne troublera pas l'opérateur de ses cris et ne neutralisera pas les efforts de réduction par des contractions musculaires involontaires.

Tel n'est point cependant l'avis de Purslow et de Heywood Smith qui préfèrent ne pas anesthésier la femme. Disant ce qu'elle éprouve, la malade empêcherait selon eux de pratiquer des efforts trop considérables ou des manœuvres trop violentes.

Nous pensons que l'opérateur ne doit pas se baser sur la souffrance de la malade pour calculer l'effort à déployer. Telle malade trop sensible, ne saurait supporter la moindre tentative de réduction, telle autre, faute de se plaindre, laisserait le chirurgien causer de graves dégâts.

Que l'on donne ou non du chloroforme, la réduction

manuelle se fera par le vagin, par le rectum ou en se servant des deux voies en même temps.

Les procédés employés pour réduire l'utérus par la voie vaginale, sont presque aussi nombreux que les auteurs qui se sont servis de cette voie.

Il suffit quelquefois, d'abaisser avec un ou deux doigts le col utérin pour remettre l'organe en place.

Désormeaux appuyait une main sur le pubis et de l'autre repoussait le fond de l'utérus en avant, Négrier et Cockell réduisaient l'utérus le poing fermé.

On peut également, avec quatre doigts introduits dans le vagin, reporter la matrice en avant, pendant que le pouce prend un point d'appui sur la symphyse.

Pour réduire la matrice par le rectum, on se sert d'un ou plusieurs doigts, voire même de toute la main. Il faut dans ces cas donner le chloroforme, pour éviter les souffrances et permettre, sans danger de déchirure, la dilatation du sphincter.

Nous ne croyons pas que l'on soit jamais autorisé, comme le conseillait Parent, à couper le sphincter anal. Il ne faudrait s'y résoudre qu'en dernier ressort et après avoir essayé de tous les procédés de réduction.

Lorsque l'enclavement n'est pas assez considérable pour nécessiter un déploiement de force musculaire, on peut se servir simultanément de la voie rectale et de la voie vaginale pour obtenir la réduction. La malade étant sous le chloroforme en position obstétricale, deux doigts de la main gauche abaissent le col par le vagin, deux doigts de la main droite relèvent le fond de l'utérus.

C'est un procédé qui a donné de bons résultats, mais

est assez peu employé, parce qu'il n'est pas très commode à appliquer.

Le mieux, suivant nous est de n'adopter aucun de ces procédés de parti pris, mais de les bien connaître tous.

Lorsqu'on aura à réduire un utérus gravide rétroversé on appliquera celui de ces procédés qui après quelques tâtonnements semblera devoir donner le meilleur résultat.

Quel que soit le procédé employé, il faut réduire lentement tout en déployant une force assez considérable. On devra repousser le corps de l'utérus dans le sens de l'un des diamètres obliques du bassin pour éviter le promontoire et réduire ainsi plus facilement.

Quelquefois, au moment où l'utérus se réduit, on entend un bruit sec assez comparable à celui produit par un ressort qui se détend (Budin).

C. — *Réduction instrumentale.* — Un procédé excellent et qui n'expose pas la femme à un traumatisme, consiste à lui faire prendre la position génu-pectorale et à introduire dans le vagin un spéculum de Sims. L'utérus par son propre poids se trouve dans cette position attiré en bas et en avant, en même temps que la pression est diminuée au-dessous de lui par le retrait des intestins. Après l'introduction du spéculum, l'utérus est dans le vagin soumis à l'influence de la pression atmosphérique, supérieure à la pression alors exercée sur l'organe du côté de la cavité abdominale. Le poids de l'organe et cette différence de pression sont deux forces qui agissent l'une et l'autre dans le même sens pour remettre l'utérus en place ; elles réussissent souvent.

Les instruments qui agissent directement par pression sur l'utérus ont des inconvénients communs; on ne peut pas facilement se rendre compte de la force déployée et on s'expose par leur emploi à occasionner de graves traumatismes ou à provoquer des contractions utérines suivies d'avortement.

Nous ne ferons qu'une courte nomenclature des principaux instruments mis en usage : la baguette d'Evratt, sorte de baguette de tambour recouverte de linge à son extrémité, la spatule levier d'Antoine Petit, le gorgeret de Rœderer, une branche de forceps recouverte d'une compresse, ont des succès à leur actif. Massart (de Honfleur), fit une ingénieuse application d'un curieux instrument. Il se servit d'un vase de nuit qui placé sur le ventre de la malade comme une énorme ventouse, aspira l'utérus et le fit revenir en place, après que l'air eût été raréfié dans le vase.

Parmi tous les instruments, nous donnons la préférence aux sacs de caoutchouc, aux ballons ou aux pessaires que l'on peut gonfler d'air ou d'eau. Leur action est puissante, continue, lente et progressive. Ces instruments seront placés, soit dans le vagin, soit dans le rectum et gonflés progressivement. On surveillera fréquemment leur action et leur situation, pour pouvoir remédier à leur déplacement.

Lorsque la réduction aura été obtenue par l'un quelconque de tous les moyens énumérés, on ne devra rien négliger pour que l'utérus conserve sa place reconquise. Le plus souvent, le repos absolu au lit, si on a soin d'en-

tretenir des selles régulières et de conseiller des mictions fréquentes, suffira pour maintenir l'organe.

La malade pourra, suivant les uns, prendre dans le lit une position quelconque, suivant d'autres, elle devra rester couchée sur le ventre au moins pendant les quelques jours qui suivent la réduction.

Certains accoucheurs, parmi lesquels Purslow, conseillent de maintenir l'utérus en place à l'aide d'un ballon, d'un pessaire ou d'un tampon placé dans le vagin.

M. le professeur Tarnier et d'autres accoucheurs craignent de voir ces corps étrangers en contact constant avec l'utérus amener des contractions intempestives et provoquer l'avortement.

Si l'utérus ne peut rester en place sans être maintenu par un appareil, nous pensons, avec M. le professeur Tardier, qu'il faut de préférence employer un ballon dilatable que l'on placera dans le rectum.

D.— *Avortement. — Opérations sanglantes.*— Lorsque l'utérus est trop enclavé pour pouvoir être réduit, il est licite de songer à l'avortement. Ou, si le col ne peut être atteint, à la ponction de l'utérus.

Il n'entre point dans notre sujet de décrire et de discuter ces deux opérations. Nous dirons seulement qu'il ne les faut pratiquer qu'après avoir pris l'avis d'un confrère aussi éclairé qu'autorisé et formellement prévenu l'entourage de l'impossibilité de sauver autrement la malade.

Si l'irréductibilité de l'enclavement est due à la présence d'une tumeur fibreuse ou d'un kyste de l'ovaire, on devra pratiquer l'ablation de la tumeur par la voie abdominale. La mère sera de la sorte sauvée et on aura de

nombreuses chances de voir la grossesse suivre son cours et arriver sans encombre à terme, ainsi qu'il résulte des conclusions de la thèse de notre collègue et ami le D^r Cocard (1).

Si la présence de brides péritonéales rend irréductible la déviation de l'utérus, la laparotomie permettra également de ramener l'utérus à sa place en détruisant directement les adhérences.

Jusqu'à maintenant, la symphyséotomie a été rejetée du nombre des moyens de remettre en place l'utérus enclavé. La facilité et l'innocuité avec lesquelles on pratique actuellement cette opération, en rendront l'emploi licite, lorsque l'enfant sera reconnu vivant. L'utérus sera facilement réduit dans un bassin élargi et la grossesse pourra être menée à terme.

Si après l'accouchement ou l'avortement, l'utérus reste rétroversé, on devra traiter la rétrodéviatiion par les moyens habituels en pareils cas, afin d'éviter à la femme les accidents pendant une nouvelle grossesse possible.

1. Cocard. Th. de Doctorat, 1896. Paris. *Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites de couches.*

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle, inédite).

Recueillie à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Service de M. le Dr Monprofit.
Rétroversion brusque de l'utérus gravide. Rétention d'urine. Regorgement. Cystite. Avortement. Guérison par cathétérisme répété.

Augustine P..., 28 ans, domestique de ferme, est entrée, le 25 août 1891 en Gynécologie. C'est une primipare.

Elle fut réglée à 15 ans et le fut assez régulièrement depuis.

Ses dernières règles sont apparues à la fin de mars 1891.

La malade serait donc actuellement grosse d'un peu moins de cinq mois. Elle n'a présenté ni nausées, ni vomissements, ni dégoût pour les aliments.

Comme domestique, elle travaillait aux foin, et depuis quelques jours, chargeait du blé dans les charrettes, faisant pour cela de violents efforts.

Dans la nuit du 12 au 13 août, elle se lève plusieurs fois pour uriner, sans pouvoir y parvenir.

Un médecin appelé le 13 pour voir la malade, reconnaît qu'elle a besoin d'être sondée, mais faute de sonde, ne fait pas le cathétérisme.

Le dimanche 16 août, la malade vient à Angers se présenter à

la Maternité, on refuse de l'admettre parce qu'elle n'est pas suffisamment grosse.

Elle se représente le jeudi 20 pour entrer en médecine, étant de garde, nous signons sa feuille d'entrée, comme la malheureuse n'avait pas les papiers nécessaires, elle est éconduite sans que nous soyons prévenu. Elle va le 24 consulter un officier de santé d'Angers qui l'aurait mise à la porte de son cabinet, parce qu'elle urinait involontairement et avait de la diarrhée. Le mardi 25, bien que n'ayant pas davantage de papiers, elle est reçue d'urgence par nous.

Depuis le 20, à peu près, la malade urine par regorgement.

A partir du 24, une diarrhée qui persiste encore s'établit, consécutive à une constipation opiniâtre.

Le 25, nous retirons deux litres et demi mesurés d'une urine noirâtre, infecte et purulente, dans laquelle nagent de longs filaments.

Le 26 au matin, environ un litre et demi.

A partir de ce moment, la malade est sondée trois fois par jour et nous lui faisons deux injections intra-vésicales d'eau boriquée.

Etat actuel. — L'inappétence est complète depuis le commencement de la maladie, et il y a eu des vomissements les premiers jours. Le 26 au soir, la température s'élève à 40°, 4.

Il existe de l'incontinence d'urine, suite de rétention prolongée et de la cystite probablement de nature gangréneuse.

La vessie doit être très dilatée ; après le cathétérisme, on voit au-dessus de la symphyse pubienne un creux semblable au creux épigastrique dans lequel se loge la vessie pleine.

Avant le premier cathétérisme, la matité s'étendait presque jusqu'à l'ombilic.

Le cathétérisme était rendu assez difficile par une certaine

résistance que l'on sentait devoir être attribuée à une compression extérieure au canal de l'urèthre.

Depuis un temps qu'elle ne peut préciser, la malade perçoit les mouvements du fœtus, ils persistent toujours.

A la palpation, on circonscrit une tumeur sensiblement hémisphérique, s'étendant du milieu de l'arcade fémorale droite au milieu de l'arcade fémorale gauche et passant à environ 2 cent. $1/2$ au-dessous de l'ombilic.

La percussion dénote sur toute la tumeur une sonorité moindre qu'à son pourtour.

Dans la grosseur, on reconnaît nettement trois parties :

1^o Une centrale, volumineuse et allongée transversalement ;
2^o Une droite très petite et arrondie, ressemblant assez aux petites parties d'un fœtus ;

3^o Une à gauche plus volumineuse et non nettement délimitée.

Rien à l'auscultation.

Toucher vaginal. — L'utérus volumineux est très abaissé. Le cul-de-sac postérieur est comblé par la tumeur que forme l'utérus gravide. Le col est porté en avant, son orifice qui est mou et entr'ouvert, regarde en haut et en avant, il est situé immédiatement derrière la partie supérieure de la symphyse pubienne.

Le toucher rectal n'a pas été fait.

1^{er} septembre. — Le ventre est plus ballonné que d'ordinaire, sonore, distendu par des gaz, cependant la malade va bien à la selle.

Elle se plaint de souffrir beaucoup des reins et de la vessie, surtout lorsqu'elle vient d'être sondée.

Toucher vaginal. — Le col est mou, il est très descendu, on le trouve presque à l'entrée du vagin, un peu en arrière.

L'utérus également abaissé comble une grande partie des

culs-de-sac du vagin sous la forme d'une grosse tumeur arrondie.

La rétroversion s'est donc réduite d'elle-même, sous l'influence du cathétérisme répété.

6 septembre. — La malade est prise de coliques le matin ; à 9 heures, la dilatation est très notable, à 11 heures l'avortement se produit.

Le fœtus a 21 centimètres de long et pèse 200 grammes, il a subi un commencement de macération. La délivrance se fait facilement.

Le lendemain, la malade a 40° et est abattue.

Le 8. — La température descend à 38° pour remonter à 38°,5 le soir.

Le 9. — 37° le matin et 38° le soir. A partir de cette date, la température oscille entre 37 et 38° (température de la malade depuis le 28 mars jusqu'au jour de l'avortement).

L'appétit revient, les symptômes généraux et les douleurs de tête disparaissent en même temps que la cystite se guérit.

Les règles ne sont revenues pour la première fois que les 4, 5 et 6 mars 1892.

La malade n'a pas eu de nouvelle grossesse, mais elle s'est complètement rétablie; nous avons pu la voir pendant long temps remplir les dures fonctions de fille de salle dans un service de chirurgie.

OBSERVATION II (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Monprofit.

Rétroversion de l'utérus gravide. Guérison par cathétérisme
répété.

La femme Marie C..., entrée 1^{er} avril 1894, au lit n° 9 de la salle de gynécologie, est âgée de 37 ans et journalière.

Elle est actuellement grosse pour la cinquième fois.

Réglée à 14 ans, elle le fut toujours régulièrement depuis et sans souffrance. Elle n'eut pas de leucorrhée jusqu'à son premier accouchement.

Premières couches à 32 ans, forceps, enfant mort, pas de suites graves ; la malade reste alitée quinze jours.

A 32 ans 1/2, deuxièmes couches normales.

A 35 ans, troisièmes couches, l'enfant n'a vécu que six semaines.

A 36 ans, quatrièmes couches normales.

La malade est actuellement enceinte de quatre mois.

Depuis trois semaines, elle se trouve fatiguée, a de la céphalalgie, souffre dans la région lombaire et croit avoir de la fièvre le soir.

Elle tombe malade brusquement vendredi à midi. Dans la matinée, la femme ne fit aucun effort dont elle se souvienne. Elle était sortie en portant un enfant âgé d'un an et assez lourd, et rentrée à midi sans avoir éprouvé aucune douleur en marchant. En s'asseyant, elle ressent dans le bas-ventre une douleur avec sensation de pesanteur, croit avoir envie d'uriner, mais ne peut y parvenir. Comme la douleur augmente, la malade se couche à quatre heures.

Elle criait, dit-elle, comme si elle était sur le point d'accoucher et éprouvait de violentes coliques. Un médecin mandé envoie chercher une sage-femme qui pronostique une fausse couche et ne fait pas de prescription.

A force de crier, la patiente tombe dans la prostration, et ne peut dormir de la nuit. Elle ne peut prendre que des aliments liquides.

Les mêmes souffrances continuent pendant la journée de samedi, il se produit dans la nuit des vomissements après l'absorption de liquides.

Dans la journée de dimanche, la douleur augmente encore jusqu'au soir. Comme elle vomit tout ce qu'elle absorbe, la malade ne prend plus rien.

Après un trajet très pénible, elle entre à l'hôpital à six heures et est sondée à sept. On obtient 1250 grammes d'urine.

La nuit est assez bonne, la malade repose pour la première fois depuis vendredi.

Le lundi matin on retire 1750 grammes d'urine au grand soulagement de la malade. Elle est sondée à midi, à 5 heures et à 10 heures du soir. Le mardi à 3 heures et à 7 heures du matin. Pendant tout ce temps, la quantité d'urine émise est inférieure à un litre.

Dans la nuit du lundi au mardi, la femme a peu dormi et eu quelques coliques.

Examen fait le lundi matin. — La malade n'est pas allée à la selle depuis jeudi soir, elle n'a pas uriné seule depuis vendredi matin. Le décubitus dorsal est pénible et il est impossible à la malade de reposer sur le côté gauche, car elle éprouve aussitôt une violente douleur à droite dans le bas-ventre.

Le ventre est dur et tendu.

Le palper ne fait pas sentir au dessus du pubis l'utérus gravide.

Au toucher on trouve le col de l'utérus immédiatement derrière le pubis. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur dure, arrondie, qui est le fond de l'utérus. Cette tumeur est séparée du col par un sillon linéaire.

Le mercredi matin, l'utérus est revenu à sa place. On continue cependant de sonder la malade deux jours encore.

Elle sort le 12 avril, urinant seule, et allant régulièrement à la selle. Les douleurs ont peu à peu disparu, il ne reste plus qu'un peu de faiblesse.

OBSERVATION III (personnelle, inédite)

Recueillie dans le service de M. le Dr Monprofit.

Rétroversion de l'utérus gravide. Avortement. Ni rétention d'urine ni constipation.

La femme C..., entrée le 30 mars 1895 dans le service de Gynécologie de l'Hôtel-Dieu d'Angers, est âgée de 32 ans et exerce la profession de ménagère.

Elle fut réglée à 14 ans, ses règles durent trois jours, assez abondantes et peu douloureuses. Elles ne furent pas très régulières jusqu'à l'âge de 16 ans.

A cette époque, la malade, après un retard de trois mois, eût une perte de sang abondante qui la força à garder le lit pendant quelques jours. Elle était alors à la campagne et habitait dans sa famille.

A 18 ans, le même phénomène se reproduisit, mais cette fois le retard avait duré quatre mois.

La femme C... prétend à ces deux époques n'avoir trouvé aucun caillot volumineux ni rien qui pût ressembler à un fœtus. Elle dit d'ailleurs ne s'être pas à cette époque exposée à devenir enceinte.

Mariée à 20 ans.

La malade fut grosse pour la première fois ? à 22 ans et accoucha normalement d'une fille à terme, morte à un an de la rougeole.

Elle eut une deuxième grossesse à 24 ans suivie d'un accouchement normal. Le garçon venu à terme fut élevé au biberon à long tube et mourut à dix mois de diarrhée infantile.

Le troisième enfant, un garçon, venu normalement et à terme, fut élevé au biberon et mourut à six mois de bronchite ?

Quatrième grossesse à 29 ans, fille à terme, élevée au sein et actuellement bien portante.

Après chacun de ses accouchements, la malade se levait de très bonne heure pour reprendre ses occupations habituelles.

Les dernières règles, en ce qui concerne la grossesse actuelle, seraient apparues du 20 au 25 janvier 1895. La malade n'a éprouvé aucun malaise jusqu'au 25 mars ; à cette époque, elle a été prise par deux fois, sans cause appréciable, de pertes de sang abondantes. Une sage-femme consultée crut à une fausse couche probable et lui conseilla d'entrer à l'Hôtel-Dieu.

Du 25 au 30 mars. — La malade continue à perdre du sang mais moins abondamment. Elle garde d'ailleurs le repos au lit.

Elle se plaint de douleurs lombaires qui s'irradient du côté des cuisses, mais ne présente pas de trouble de la miction, ni constipation, ni diarrhée.

Au toucher pratiqué par nous à l'entrée de la malade dans la salle, nous trouvons une tumeur assez volumineuse occupant le cul-de-sac postérieur ; la présence sur cette tumeur d'une crête médiane, nous permet d'affirmer que nous avons affaire à l'utérus rétroversé.

Le col est d'ailleurs reporté complètement en avant et son

orifice entièrement caché derrière la symphyse est difficile à trouver. Il faut pour cela faire soulever la malade et suivre avec la pulpe du doigt la face postérieure de la symphyse. L'orifice est légèrement entr'ouvert mais non ramolli ; un sillon peu profond sépare le col du corps de l'utérus.

Nous portons le diagnostic de rétroversion de l'utérus mais sans affirmer la grossesse.

Comme la malade perd encore du sang, nous lui faisons dès le soir donner deux injections vaginales à 48°.

La température axillaire est normale.

Les jours suivants, conformément à la prescription de notre maître, M. le Dr Monprofit, les injections sont continuées trois fois par jour ; l'écoulement de sang s'arrête presque complètement.

Le 4 avril. — On nous réveille à 5 heures du matin pour nous faire constater que la femme C... vient d'expulser sans hémorrhagie un fœtus et un placenta.

Le fœtus, d'une longueur totale de 41 centimètres, pèse 32 grammes, le cordon a 16 centimètres de long.

Le fœtus est tellement macéré que le membre inférieur droit est presque séparé du tronc.

Pour éviter des accidents ultérieurs, nous pratiquons une injection intra-utérine avec la sonde en verre de M. Budin.

L'utérus et le col ont conservé ou repris leur position, de telle sorte qu'il faut pour entrer dans le col glisser le bec de la sonde derrière la symphyse, la concavité étant tournée vers le sacrum. Un mouvement de bascule est imprimé par la main gauche qui soutenant la sonde se dirige en avant et en haut au mouvement où l'index de la main droite indique que le bec est rendu à l'orifice du col.

Nous ne pensons pas qu'il nous eût été possible de pénétrer dans l'utérus par le procédé habituel.

La température resta normale, mais la malade qui était affaiblie par les pertes précédentes, ayant eu une petite métrorrhagie le 5, nous dûmes, suivant la prescription de notre maître, donner une nouvelle injection intra-utérine. Il nous fallut employer le même manuel opératoire que la veille.

L'introduction fut plus difficile et plus douloureuse, le col étant déjà en partie refermé.

Cette femme qui était indocile sortit le 15, complètement remise de sa fausse-couche, mais conservant sa rétroversion.

Un utérus gravide peut donc se rétroverser complètement sans comprimer la vessie ni le rectum.

Si nous considérons comme des fausses couches, les deux métrorrhagies qui ont précédé le mariage, ce qui est au moins possible, nous pourrions penser que l'utérus atteint de rétroversion congénitale a pu être fécondé, que deux fois cette malformation a amené l'avortement, que plus tard, l'utérus de nouveau gravide a pu se développer normalement, mais qu'à une septième grossesse, l'utérus est resté enclavé.

Cependant, deux métrorrhagies arrivées hors mariage chez une jeune fille dans sa famille, permettent de faire d'autres suppositions.

Nous avons ici employé instinctivement pour faire pénétrer une sonde dans l'utérus, un procédé qui pourrait peut-être servir de nouveau en pareil cas.

OBSERVATION IV (Inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr Maygrier.

Rétroversion de l'utérus au quatrième mois de la grossesse. Réduction spontanée par simple cathétérisme. Continuation de la grossesse.

La femme V..., âgée de 35 ans, couturière, est de bonne constitution et a le bassin normal.

Elle fut réglée à 14 ans, ses règles sont irrégulières et durent chaque fois cinq ou six jours.

Elle a déjà eu trois enfants, un garçon et deux filles.

Ses dernières règles, en ce qui concerne la grossesse qui nous occupe, sont apparues le 24 avril 1882.

M. le Dr Maygrier a constaté en mai 1882 par deux fois l'existence chez cette femme d'un prolapsus.

En août 1882, c'est-à-dire environ quatre mois après le début de la grossesse, cette malade fut prise d'accidents de rétroversion de l'utérus gravide : rétention d'urine, constipation, douleurs de ventre, etc.

Il existe en même temps, de la rétroversion, de la rétroflexion et du prolapsus.

M. le Dr Maygrier crut devoir accuser le prolapsus ancien d'avoir amené la rétroversion.

Cette malade fut traitée à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas par le repos absolu et le cathétérisme vésical fréquent. La réduction se fit de la sorte spontanément.

Le 2 février 1883, après quinze heures de travail, la femme accoucha d'un enfant à terme, du sexe masculin pesant 3.820 grammes.

L'enfant né en parfait état de santé se présentait par le sommet en O. I. G. A.

Il existait une quantité exagérée de liquide amniotique, environ deux litres.

Entrée à la clinique le 1^{er} février pour accoucher, cette femme et son enfant sortirent le 15 du même mois en parfait état.

OBSERVATION V (personnelle, inédite).

Recueillie à la consultation de Lariboisière, dans le service de M. le Dr Maygrier.

La nommée Antoinette G..., âgée de 35 ans, a déjà eu trois enfants et vient le 11 février 1896 à la consultation de Lariboisière demander si elle est enceinte.

Elle n'a pas eu ses règles depuis le commencement de novembre 1895, mais ne peut préciser la date de leur dernière apparition.

Le palper ne donne aucun renseignement.

Au toucher, on trouve l'utérus en rétroversion, mais il est petit, le corps est dur et aplati d'avant en arrière.

Un sillon très net et profond sépare le corps du col de l'utérus. Le col n'a plus sa position normale, mais il ne regarde pas directement en haut.

Il y a donc plutôt rétroflexion que rétroversion.

Il n'y a d'ailleurs rien d'anormal dans les urines, la miction se fait facilement et n'est pas plus fréquente que d'habitude.

La consultante va régulièrement à la selle.

On lui conseille de garder le repos le plus possible, d'éviter les efforts violents et de revenir consulter.

OBSERVATION VI (personnelle, inédite).

Recueillie à la consultation de Larihoisière, dans le service de M. le Dr Maygrier.

La femme D..., âgée de 31 ans, a déjà eu sept enfants. Elle vient le 27 mars 1896 à la consultation.

Ayant eu ses dernières règles du 20 au 25 janvier 1896, elle se croit enceinte et se plaint de souffrir depuis quelque temps dans les reins et les cuisses.

Elle éprouve pendant la marche un sentiment de gêne et de pesanteur qui amène rapidement chez elle de la fatigue et de la courbature.

Elle urine normalement, mais un peu plus fréquemment lorsqu'elle est debout. Pas de constipation ni de diarrhée.

L'utérus augmenté de volume dans le sens de la largeur est en rétroversion.

Les culs-de-sac postérieurs et latéraux sont complètement effacés.

Le cul-de-sac antérieur est au contraire d'une profondeur exagérée.

Le col est long et situé immédiatement en avant et au-dessous de la symphyse ; il n'est pas perméable.

Il existe en même temps que la rétroversion, un degré assez marqué de rétroflexion. De sorte que le doigt sent nettement une ligne de démarcation entre le col et le corps de l'utérus qui font entre eux un angle ouvert en bas et en arrière.

On porte le diagnostic de grossesse probable de deux mois chez un utérus rétrodévié et l'on propose à la malade de la faire entrer à l'asile Michelet.

OBSERVATION VII (1).

Rétroversion brusque de l'utérus gravide qui reste méconnue. Entrée de la malade à l'hôpital six semaines après le début des accidents. Œdème des membres inférieurs, d'une grande lèvre et de la paroi abdominale. Cathétérisme de la vessie. Tumeur formée par l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne. Réduction spontanée. Guérison.

La nommée Louise V..., femme de chambre, âgée de 29 ans, de grande taille, bien conformée, entra à la clinique d'accouchement le 9 novembre 1878. Cette femme qui a été réglée à l'âge de 14 ans, a toujours été, depuis cette époque, très exactement menstruée pendant trois jours chaque mois. Elle se croit enceinte : ses dernières règles sont survenues du 30 juin au 2 juillet ; elle a eu en août quelques nausées qui ne se sont pas reproduites, et elle avait des envies de dormir après les repas.

Six semaines avant son admission à l'hôpital, elle eut pendant la nuit de fréquentes envies d'uriner : elle se réveillait, se levait, mais n'expulsait à chaque miction qu'une quantité peu considérable de liquide. Quelques jours plus tard, un samedi, elle fit une chute en montant un escalier, le genou droit et le coude gauche portèrent sur les marches. La nuit suivante, à deux heures du matin, elle essaya d'uriner, mais en vain : un médecin fut appelé le matin, il prescrivit un grand bain, un purgatif, une tisane diurétique, des cataplasmes et une potion calmante. Sa même ordonnance fut renouvelée le lundi.

Le lundi soir, en faisant des efforts, la malade commença à uriner en petite quantité, un demi-verre environ : pendant

1. Budin. *Obstétrique et Gynécologie*, p. 525.

quinze jours, elle continua ainsi à faire des efforts et à expulser quelques gouttes d'urine toutes les cinq ou dix minutes. Le médecin prescrivit une eau minérale, des pilules purgatives et une alimentation composée presque exclusivement de légumes.

Depuis quatre semaines, la malade urine continuellement et malgré elle ; elle urine par regorgement. Le ventre est très tendu et très douloureux. Comme, malgré les pilules purgatives, elle a une constipation opiniâtre, on lui fait prendre de l'huile de ricin.

Il y a dix jours, de l'œdème est apparu aux membres inférieurs des deux côtés, particulièrement à droite : depuis quatre jours, la grande lèvre droite est tuméfiée, elle est devenue rouge et douloureuse à la pression.

Voyant son état s'aggraver, la malade se décide à se faire transporter à l'hôpital : ses linges sont tachés par l'urine et elle répand une odeur ammoniacale très marquée. Après avoir recueilli les renseignements qui précèdent, on constate qu'une pression exercée sur le mamelon en fait sortir un liquide gris-blanchâtre, ce qui a une certaine valeur chez une femme n'ayant jamais été enceinte. Non seulement les membres inférieurs et la grande lèvre droite sont œdématiés, mais aussi la peau de l'abdomen qui est tendue, blanchâtre, luisante. A la palpation, derrière la paroi abdominale qui offre une grande résistance, on trouve une tumeur dure, très distendue, qui siège sur la ligne médiane et s'élève à cinq ou six travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Au toucher vaginal, on arrive immédiatement sur une tumeur qui descend profondément dans l'excavation pelvienne ; le doigt peut pénétrer en avant de cette tuméfaction, derrière la symphyse pubienne et chemine dans un canal à parois aplaties l'une contre l'autre au fond duquel il arrive avec peine ; enfin, au niveau du bord supérieur de la symphyse, il parvient à sen-

tir le col de l'utérus dont la lèvre postérieure est seule accessible.

A l'aide d'une sonde en gomme, on pratique le cathétérisme; pour y parvenir, on est obligé d'écarter avec une certaine force les grandes et les petites lèvres, afin d'apercevoir l'orifice de l'urèthre qui est entraîné en haut et en arrière. L'urine coule abondamment, on en retire trois litres : elle est de couleur foncée, rougeâtre d'abord, puis sanglante et mêlée de mucosités.

Après le cathétérisme, on trouve toujours au toucher la tumeur qui fait saillie dans la cavité vaginale, mais la résistance de cette tumeur paraît moins grande; le col est un peu plus facilement accessible. En pratiquant le palper abdominal combiné avec le toucher, on constate l'existence, au niveau de la partie inférieure du ventre, d'une masse arrondie, assez élastique qui s'élève à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. La pression exercée sur cette tumeur par la main qui palpe est transmise à la tumeur vaginale et au doigt qui touche.

Le cathétérisme avait été pratiqué à onze heures du matin, la malade s'était sentie ensuite considérablement soulagée. A six heures et demie du soir, on trouve la vessie distendue de nouveau et s'élevant jusqu'au dessus de l'ombilic : on introduit une sonde et on retire un litre environ d'urine sanguinolente.

A la palpation, on constate alors une différence notable avec ce qui avait été observé le matin : on sent une tumeur dont le fond remonte à 15 centimètres et demi au dessus de la symphyse pubienne et dont le diamètre transverse mesure près de 18 centimètres. Cette tumeur élastique a la consistance de l'utérus gravide. Au toucher, le cul-de-sac antérieur du vagin n'a plus la profondeur qu'il offrait le matin, le col est revenu vers le milieu de l'excavation pelvienne et son orifice

externe laisse pénétrer l'extrémité de l'index. En déprimant le cul-de-sac postérieur qui a recouvré sa profondeur normale, on sent la saillie faite par le segment inférieur de l'utérus. Le palper et le toucher combinés permettent d'affirmer que la tumeur abdominale est bien constituée par l'utérus gravide. La réduction s'était donc opérée spontanément après un seul cathétérisme.

Vers minuit, la malade a uriné involontairement dans son lit, mais à partir de une heure du matin, de fréquentes envies d'uriner sont survenues, toutes les quinze ou vingt minutes, et la miction a toujours été volontaire.

10 novembre, matin.— L'œdème des membres inférieurs et de la grande lèvre droite a considérablement diminué. L'utérus est dans la même situation que la veille au soir. On ne peut à l'auscultation constater l'existence des bruits du cœur fœtal. Pouls 112. Température axillaire, 37° 4.

10 novembre, six heures du soir.— La miction a été très fréquente dans la journée ; l'urine est trouble et un peu sanguinolente ; le ventre est sensible, la face est rouge, la peau est très chaude. Pouls 132. Température axillaire, 40°

Nous résumons la fin de l'observation.

Les trois jours suivants, la température ne dépasse pas 38°, 8, le pouls 116, la malade prend du repos, l'œdème disparaît et la malade sort sans avoir avorté le 5 décembre.

OBSERVATION VIII (1).

Rétention d'urine par rétroflexion de l'utérus gravide. Réduction.

Cessation des accidents: Continuation de la grossesse.

Mme C..., 30 ans, a mené sans accidents deux grossesses à terme, l'une en 1886, la deuxième en novembre 1889. Depuis cette seconde grossesse, les règles sont un peu plus fréquentes, avancent de trois ou quatre jours, quelquefois même reviennent deux fois dans le même mois. Elles sont précédées de douleurs la veille de leur arrivée.

Le 25 novembre 1893, elles sont apparues pour la dernière fois et cette suspension de règles a été accompagnée de maux de cœur, d'augmentation de volume des seins, etc. Tout ce début de grossesse ne présenta rien de particulier.

C'est quinze jours avant son entrée à l'hôpital, trois mois après la dernière apparition des règles, que la malade commença à éprouver une certaine difficulté pour uriner; quelquefois il lui arrivait de faire deux ou trois tentatives infructueuses avant d'arriver à satisfaire le besoin d'uriner qu'elle éprouvait. Plusieurs fois chaque nuit elle était obligée de se lever pour uriner.

Il y a huit jours, cette difficulté de la miction a considérablement augmenté et la malade n'arrive à uriner qu'aux prix d'efforts violents.

Le 5 mars. — Deux jours avant son entrée à l'hôpital Bichat elle éprouva des difficultés telles qu'elle dut prendre un bain,

1. Henri Hartmann, chirurgien des Hôpitaux. *Ann. de Gynécologie*, octobre 1894, p. 268.

et y fit des efforts si violents qu'elle eut deux ecchymoses sous-conjonctivales. Depuis ce moment, elle souffre constamment et n'arrive à rendre que quelques gouttes d'urine.

7 mars 1894. — Le ventre est globuleux, tendu, dépressible, manifestement fluctuant. La vessie dépasse l'ombilic.

En écartant les lèvres de la vulve, on aperçoit le col, fendu à gauche, exulcéré au pourtour de son orifice, présentant une teinte bleuâtre.

A gauche, existe une ecchymose bulbaire occupant tout le segment inférieur de l'œil, maxima au niveau du sillon inférieur ; la paupière inférieure présente sur sa face cutanée une teinte bleutée à peine appréciable. A droite, on trouve une ecchymose bulbaire identique ; l'ecchymose de la face cutanée, de la paupière inférieure est plus marquée qu'à gauche.

Aucune ecchymose, aucune contusion sur le pourtour des orbites.

Prenant une sonde bécuille n° 13, nous l'introduisons avec la plus grande facilité dans la vessie ; l'urine sort en jet. Lorsque 1200 grammes se sont écoulés, le liquide bavant par la sonde, nous cessons l'évacuation pour ne pas amener une déplétion trop brusque de la vessie.

Cette urine est claire et on n'y trouve aucun micro-organisme, ni par l'examen des lamelles, ni par les cultures sur divers milieux. Cette démonstration de la stérilité de l'urine est faite par notre interne, M. Morax.

La situation du col, une fois la vessie partiellement évacuée, a changé. Il ne tend plus à sortir de la vulve ; en écartant fortement les lèvres de celle-ci, on voit que la partie qui se présente n'est plus l'orifice, mais la face antérieure de la lèvre antérieure. Enfonçant le doigt dans le cul-de-sac antérieur, on constate que la face antérieure du col se dirige en avant, laissant entre elle et le pubis, un espace juste suffisant pour admet-

tre le doigt. Déprimant ce cul-de-sac antérieur aussi fortement que possible, nous ne trouvons pas le corps utérin.

Celui-ci est cependant accessible à la main abdominale qui déprime fortement la paroi et le trouve dans l'excavation, arrondi, mou et dépressible. Le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur arrive du reste immédiatement au fond d'un sillon formé par la jonction du col et du corps, dont on apprécie les caractères avec la plus grande facilité.

L'existence de la rétroflexion d'un utérus gravide étant aussi nettement établie, nous refoulons le corps utérin de bas en haut avec deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur. La réduction s'obtient avec la plus grande facilité et l'on constate immédiatement que le fond de l'utérus est à deux doigts de l'ombilic, à six au-dessus du pubis.

Renouvelant alors l'exploration du cul-de-sac antérieur, nous sentons nettement l'évasement du corps utérin. L'orifice du col regarde en bas et en arrière.

Depuis ce moment, la malade urine normalement; la réduction s'est maintenue sans tampon, ni ceinture, et la grossesse a continué sans incident pour se terminer par un accouchement à terme le 24 août dernier.

OBSERVATION IX (1).

La malade en question était allée consulter le présentateur pour une rétention complète d'urine avec constipation opiniâtre, douleurs violentes dans l'abdomen et de l'œdème des jambes. Le jour de l'examen, la miction s'était rétablie partielle-

1. *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, février, 1896, p. 107, Dr Faidherbe (de Roubaix).

ment, mais le ventre avait grossi, la démarche était pénible et lente, la figure très amaigrie accusait de violentes souffrances. A un premier examen, il ne put guère se rendre compte que de la présence dans l'abdomen d'une masse renittente et par le toucher vaginal d'une saillie volumineuse, fluctuante, à la pression de laquelle on provoquait des envies d'uriner. Il y avait rétention d'urine et c'est sur ce point que porta tout d'abord le traitement. Le cathétérisme amena un soulagement considérable. Au bout de quelques jours, il fut possible, la cystocèle vaginale ayant disparu, de reconnaître par le toucher une masse énorme, élastique, faisant corps avec la paroi de l'utérus et s'enfonçant dans l'excavation sacrée. On la sent de même par le toucher rectal. Le diagnostic de tumeur de la paroi postérieure de l'utérus est porté et on décide d'appeler M. Guermont en consultation. Le jour venu on ne trouve plus trace de col ni d'utérus par le toucher vaginal. Le doigt ne rencontre qu'un vaste hiatus. On conclut à une tumeur fibreuse d'abord enclavée dans le petit bassin, puis s'étant désenclavée, et on décide pour le moment l'emploi de moyens purement palliatifs.

Dix jours après, M. Faidherbe, pratiquant le toucher, trouve le vagin ayant repris à peu près ses rapports normaux et constate que le col de l'utérus présente une certaine mollesse ; trois semaines après, la patiente lui apprend qu'elle a senti des mouvements qu'elle connaît bien et qui lui permettent d'affirmer qu'elle est enceinte. Depuis lors, le ventre augmente, la grossesse marche normalement et au terme fixé, d'après le début des mouvements, cette femme accouche normalement d'un enfant pesant quatre kilogrammes.

A noter : La difficulté du diagnostic et l'efficacité absolue du traitement : repos et cathétérisme fréquent.

OBSERVATION X (1).

Rétroversion de l'utérus gravide. — Défaut de réduction. Mort par rupture de la vessie.

Une femme de 40 ans, ayant eu quatre enfants et en dernier lieu, c'est-à-dire trois ans auparavant, une couche double, devint enceinte au commencement de septembre. Pendant les premières semaines, elle se trouva tout à fait bien, mais dans les premiers jours de décembre, elle fut prise brusquement de symptômes dénotant la rétroversion. Elle dut s'aliter éprouvant une difficulté extrême pour uriner accompagnée d'un violent ténésme et suivie d'un écoulement involontaire d'un peu d'urine. Concomitamment, la constipation se montra et ne céda qu'à un purgatif énergique dont l'emploi réveilla de très vives douleurs.

Pendant les trois premières semaines, la malade pouvait de temps à autre quitter le lit, mais nonobstant elle se sentait très mal. Les douleurs pour uriner et pour aller à la selle, ainsi que les douleurs dans le bas ventre s'étaient considérablement accrues, et le développement de l'abdomen avait acquis des proportions tout à fait insolites. Cette malade consulta tour à tour un homœopathe célèbre et deux allopathes, mais elle n'en obtint aucun soulagement, car les uns et les autres méconnurent la maladie. Le Dr Schwartz, appelé en dernier lieu diagnostiqua une péritonite généralisée avec exsudats volumineux, provoquée par une rétroversion de l'utérus ; mais au moment où il fut appelé, l'agonie était proche.

1. Albert Puech, médecin en chef à l'Hôtel-Dieu de Nîmes. (*Ann. de Gyn.* 1880, T. 14 p. 310) traduction de : Schwartz. *Centralblatt für Gynäkologie*, 1880, p. 121).

A l'autopsie pratiquée huit heures après la mort, on trouva dans la cavité péritonéale cinq litres de liquide séro-purulent. L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz. L'intestin grêle et le gros intestin sont tapissés par une masse d'exsudats fibrineux.

La vessie considérablement développée dépasse de 13 centimètres le pubis et adhère à gauche et en arrière avec une anse de l'intestin grêle. Lorsqu'on détache les exsudats on trouve sur la vessie une perforation qui permet l'introduction de l'index. Les deux uretères et les bassinets sont dilatés et à l'extrémité supérieure du rein droit se trouve dans une papille un caillot de sang infiltré de pus.

Le fond de l'utérus dépasse de 5 centimètres le promontoire ; la plus grande largeur de l'organe est de 15 centimètres, la longueur est de 18 : quant au fœtus qu'il renferme il a 21 centimètres de longueur. Le vagin est normal ; quant au méat utérin, il est difficile à atteindre et est à quelques centimètres au-dessus du col de la vessie. Ce dernier organe a sa paroi musculaire hypertrophiée et épaissie. La muqueuse en est pâle sur la paroi postérieure et au pourtour de la perforation il y a de nombreux vaisseaux injectés et de petites échymoses. Enfin la cavité de la vessie contient un énorme caillot sanguin ayant la forme et le volume d'une rate.

OBSERVATION XI (1)

X..., 39 ans. En dix années de mariage, huit avortements ou expulsions prématurées de fœtus morts. Au début de son ma-

4. Recueillie par S. Gottschalk. Traduite et publiée par Labusquière (*Ann. de gyn. et d'obst.*, 1895. T. 43, p. 184 et suiv.).

riage rendue syphilitique par son mari (adénites, maux de gorge, névralgie occipitale). Après ces dix années, traitement anti-syphilitique de la femme et du mari, et, peu après, nouvelle grossesse terminée par un enfant bien vivant, resté sain.

Depuis, Gottschalk eut souvent l'occasion d'examiner la femme, et, toujours, il constata que l'utérus était en antéversion. Mais, consécutivement à la dernière grossesse, des adhérences en forme de cordons s'étaient développées entre le côté gauche de l'utérus, les annexes correspondantes et la face antérieure du sacrum, d'où : mobilité moindre à gauche. Puis, peu à peu, un mouvement de torsion se fit autour du côté gauche de l'utérus, conditions anatomiques que l'auteur constata peu avant la grossesse actuelle.

Quelque temps après, Gottschalk apprenait d'un collègue que la femme, devenue enceinte, s'était, tout d'un coup, trouvée très mal, qu'elle était moribonde. Arrivé auprès d'elle à 10 heures du soir, il apprit qu'elle avait appelé un médecin, parce que, depuis six jours, elle n'avait pas eu une seule garde-robe, et qu'elle avait ressenti de fortes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche. De plus, anorexie complète, nausées qu'on mit sur le compte de la grossesse. Déjà, au cours de la grossesse, arrivée au quatrième mois, la femme avait souffert de constipation rebelle.

Le médecin appelé avait prescrit l'huile de ricin à hautes doses. La purgation n'ayant pas eu d'effet, la dose d'huile de ricin avait été doublée le lendemain. Elle procura une garde-robe, mais très peu abondante. Au lieu de céder, les souffrances s'exaspérèrent, le ventre se météorisa. Néanmoins, la malade continua de vaquer aux très pénibles occupations du ménage.

Vers midi, seulement, elle s'était décidée à se coucher, et c'est aussi à peu près depuis ce moment que le météorisme abdominal se serait si fortement accusé, et que les douleurs

seraient devenues insupportables. En l'espace de dix heures, la malade était devenue moribonde.

Etat au moment de l'arrivée de Gottschalk: pouls introuvable, mais connaissance conservée. Visage baigné d'une sueur froide, avec une expression d'angoisse. Ventre distendu au plus haut point, rénitent, comme sur le point d'éclater, impression que du reste la femme exprimait d'une façon continue. Dyspnée intense ; respiration purement costale, superficielle. Limite inférieure des poumons et choc cardiaque au niveau du troisième espace intercostal. Sur le ventre distendu, deux sillons, l'un sus-ombilical allant de droite à gauche et de haut en bas, l'autre sous-ombilical de gauche à droite et de haut en bas, sillons qui, généralement, sont signes d'occlusion intestinale et flatulence : sûrement, l'occlusion intestinale était complète. Y avait-il conjointement péritonite ? Ce point restait forcément indécis. La température n'avait pas été relevée les jours précédents, et actuellement il y avait de l'hypothermie.

Examen interne. — Rectum libre, affaissé, portion vaginale du col bien conservée, un peu en avant et à gauche de la ligne médiane du bassin, mais nullement reportée en avant contre la symphyse, ni anormalement élevée. Orifice externe non ouvert. Le col se continuant à droite, sans coudure, avec le corps de l'utérus complètement situé dans la moitié droite du bassin, fortement rétroversé et immobilisé. Utérus très augmenté de volume ; impossibilité d'en atteindre le fond ; mais, de l'examen vaginal, il ressortait que cette région de l'organe devait dépasser le promontoire.

La moitié gauche du bassin était occupée par une masse de grandes dimensions, d'un ovale allongé, à contenu probablement solide, un peu dépressible. Par l'examen vaginal, il était impossible de préciser la limite supérieure de cette masse vermiciforme, cylindroïde, qui, en partie, siégeait en avant de l'uté-

rus. Ce ne pouvait être qu'une anse intestinale très pleine, et d'un développement exceptionnel.

Comme il s'agissait d'une rétroversion fixe de l'utérus, il devenait très important de rechercher l'état de la vessie, parce que cet organe, dans les cas d'incarcération de l'utérus gravide, est atteint dès le début, et fortement. A ce point de vue, l'anamnèse enseignait que, durant toute la durée de la grossesse et même pendant les jours critiques, la malade n'avait pas eu à supporter de douleurs notables du côté de la vessie. Le cathétérisme du reste ne révéla aucune ampliation exagérée de cet organe, et n'évacua qu'une quantité modérée d'une urine foncée mais claire.

Au total, il n'y avait pas là le complexe symptomatique de l'incarcération de l'utérus gravide rétroversé ou rétrofléchi. D'autre part, relativement à l'occlusion intestinale, on ne trouvait rien qui en expliquât l'origine. Assurément, l'utérus était rétroversé et fixé, mais non enclavé dans le bassin. Il était resté assez de place dans la moitié gauche du bassin pour l'intestin, et l'impression produite par l'examen vaginal, c'est que c'était l'utérus qui avait eu à souffrir de l'intestin.

La femme n'avait pas eu ou à peu près, de garde-robes depuis huit jours. On aurait donc pu penser que l'occlusion était la conséquence de la constipation prolongée. Mais dans cette hypothèse, il était surprenant qu'il n'y eût pas production d'iléus. Or il n'y avait eu que deux vomissements de matières muqueuse; pas traces de matières fécaloïdes. Egalemeut, la brusquerie des accidents, le passage si rapide de l'état de validité à celui de quasi-moribonde constituait une particularité importante.

La connaissance de la malade était entièrement conservée. Lèvres livides, mais pas de défaillances, pas de pendiculations. En résumé, pas de symptômes d'anémie aiguë, dont l'existence

avec l'état du pouls, eût rendu admissible l'hypothèse d'une hémorrhagie interne profuse, compliquée d'occlusion intestinale.

Quelle que fût la cause de l'occlusion, la situation était désespérée. Néanmoins pour laisser à la femme la dernière lueur de salut, la cœliotomie fut pratiquée.

Cœliotomie. — Parois abdominales, en raison de la surdistension, très minces et presque exsangues. Les lèvres de l'incision ne donnent pas de sang ; à peine, çà-et-là, une goutte de sang veineux. Le ventre ouvert, écoulement d'environ un litre de liquide ascitique jaune paille. Dans la plaie fait saillie une forte portion de l'intestin distendue d'une manière colossale portion de l'S iliaque, si distendue qu'elle paraît occuper toute la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. L'S iliaque a bien deux fois le développement du bras d'un adulte.

La distension de l'S iliaque est à peine croyable, Il se continue avec le gros intestin développé de même façon, mais moins, le développement allant, toujours, mais progressivement, en diminuant. La région épigastrique est occupée par le colon qui a repoussé tout à fait en haut, estomac, foie, rate, diaphragme. Par suite de l'énorme distension, les appendices épiploïques ont comme disparu dans le tube intestinal. Pas de signes nets de péritonite.

L'S iliaque présente une anomalie de direction, effet d'un simple mouvement de rotation autour de son axe. Le siège de la coudure, de l'oblitération appartient à l'S iliaque et correspond à l'extrémité de sa branche rectale, exactement au point où l'S iliaque se continue dans le rectum. La corne gauche de l'utérus, dont le fond dépasse d'environ trois travers de doigt le détroit supérieur, est immobile et immédiatement en avant de la coudure intestinale. L'utérus gros à peu près comme à quatre mois de grossesse, fortement rétroversé, est tout à fait compri-

mé dans la moitié droite du bassin, et comme enclavé entre les branches de l'S iliaque ; il est tout à fait immobile. Son côté gauche, très épais, est étroitement entouré par la branche droite de l'S iliaque, qui, dirigée de gauche à droite, chemine sur la face antérieure de l'utérus, recouvrant ainsi toute l'aire supérieure du détroit supérieur.

A droite de la matrice, tout l'intestin grêle, non fortement distendu est comprimé et ramassé dans un coin, en quelque sorte de la moitié droite du bassin, de sorte que l'utérus est étroitement entouré par l'intestin.

Ce n'est qu'après qu'on eût libéré l'S iliaque de son mouvement de torsion, que la face antérieure de la portion de la matrice située au-dessus du détroit supérieur apparut.

On constate aussi que l'utérus est si fortement dévié à droite autour de son axe sagittal, que la portion antérieure de la face latérale gauche, et seulement la moitié gauche de la base antérieure de l'utérus regardent en haut.

Le côté gauche est refoulé en avant et contre la paroi abdominale ; aussi annexes gauches et ligament rond correspondant sont-ils déplacés en avant et presque jusque sur la ligne médiane. En arrière de l'ampoule tubaire et de l'ovaire gauche pendent des cordons de nature inflammatoire, allongés, minces, filiformes, vestiges très certainement des adhérences qui fixaient primitivement le côté gauche de l'utérus en arrière, et qui ont été sans doute détruites par l'organe en voie d'accroissement. De cette constatation, il ressort que les adhérences n'ont pas été les facteurs pathogéniques de l'occlusion intestinale.

Le ventre ouvert, la torsion subie par l'S iliaque corrigée, on s'efforça d'exprimer de bas en haut, à travers le point rétréci de l'intestin, le contenu intestinal. Echec. On fit alors une ponction du gros intestin, qui amena la sortie de gaz nombreux, mais l'intestin resta distendu ; ce qui décida à pratiquer la

colotomie. L'intestin fut ouvert au-dessus du siège de l'occlusion, et il s'écoula une quantité énorme de matière stercorale. L'orifice intestinal artificiel fut suturé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale et celle-ci complètement fermée. Malgré l'intervention, la situation resta grave. Des contractions utérines fortes se déclarèrent, qui amenèrent un raccourcissement notable du col. Mais la mort arriva onze heures environ après l'opération.

Autopsie. — Le gros intestin contient une quantité modérée de matière liquide venue de l'iléum, preuve que l'intestin grêle n'était pas paralysé. Au-dessous du point oblitéré, le gros intestin est entièrement vide et affaissé, rétracté. Tout près du point d'occlusion existent, de chaque côté de l'intestin, des ganglions tuméfiés, du volume d'une cerise à celui d'une noix, d'origine syphilitique apparemment. L'utérus, par suite des contractions du travail, est plus élevé et un peu plus sur la ligne médiane, bien qu'encore fortement déjeté à droite, son fond arrivant à peu près à mi-distance de la symphyse à l'ombilic. Il est encore rétroversé et aussi nettement disloqué, tordu vers la droite qu'au moment de l'opération. Les annexes de droite sont situées en arrière de l'utérus, au voisinage de l'articulation sacro-iliaque. Les annexes de gauche sont en avant. L'utérus est libre d'adhérences.

La vessie, laquelle au cours de la laparatomie avait été trouvée tout à fait dans le petit bassin en arrière de la branche horizontale du pubis, n'avait pas, malgré les douleurs du travail et le raccourcissement du col, quitté le petit bassin. Elle est située immédiatement en arrière de la symphyse et entièrement dans le petit bassin. L'excavation vésico-utérine est un peu aplatie, du fait de l'élévation du l'utérus.

La poche des eaux se rompt au moment où l'on enlève doucement l'utérus; l'excavation vésico-utérine s'aplatit davan-

tage, mais la vessie n'est pas visiblement modifiée par les tractions ; il semble qu'il n'existe plus d'union solide entre cet organe et l'utérus.

Dimensions de l'utérus : Longueur maxima 22 centimètres, dont un centimètre et demi pour la portion cervicale ; largeur maxima 15 centimètres ; épaisseur maxima correspondant au côté gauche, 17 centimètres ; celle-ci excédant l'épaisseur maxima. On constate que, dans l'ensemble, l'utérus a décrit dans son accroissement une spirale vers la droite. De plus, il est extrêmement asymétrique.

CONCLUSIONS

1° Les femmes enceintes forcées de se livrer à des travaux fatigants étant plus que les autres exposées aux déplacements utérins des premiers mois, on ne saurait trop, pour cette raison ajoutée à beaucoup d'autres, encourager le développement des institutions qui ont pour but d'assurer le repos de la femme pendant sa grossesse.

Toute déviation utérine constatée au début de la grossesse, même si elle ne cause aucun accident, exige le repos de la femme.

2° Le médecin ne devra jamais négliger, pour éviter toute cause d'erreur grossière, en gynécologie et en obstétrique, de s'assurer que la vessie est vide.

Si la malade soumise à son examen présente un écoulement involontaire d'urine, il doit tout d'abord la sonder.

3° Il nous est pénible de constater combien sont nombreux les cas de rétroversion méconnue. Nous avons lu un nombre considérable d'observations, dans presque toutes il a été commis, du moins au début, une ou plusieurs erreurs.

4 La gravité de l'affection dépend de la rapidité avec

laquelle le diagnostic en est porté ; promptement reconnue et convenablement traitée, elle est presque toujours sans gravité pour la mère, et l'enfant bénéficie dans une large proportion d'un traitement bien conduit : méconnue, elle a souvent causé la mort des deux.

5° On n'oubliera pas qu'une première déviation dans le cours d'une grossesse expose au même accident pendant les grossesses suivantes.

6° Le traitement de choix de la rétroversion de l'utérus gravide nous paraît être le repos absolu et le cathétérisme fréquent, lorsque la rétention d'urine entretient et aggrave la déviation.

Si au bout de quelques jours, la matrice n'est pas revenue en place, on pourra tenter les manœuvres indiquées pour chaque cas en particulier.

Nous préférons, si elle est possible, la réduction par le vagin, faite avec la main, sous le chloroforme. La cystite est une indication d'intervenir rapidement, mais avec beaucoup de prudence.

7° Que l'on intervienne ou non, on devra prévenir l'entourage de la malade de la possibilité d'un avortement, pour n'être pas accusé dans la suite de l'avoir provoqué ou laissé se produire.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

BAUDELOCQUE. — De utero gravido tum antrosum, tum retrorsum verso, 1784.

BUDIN. — Obstétrique et Gynécologie, 1886.

BURNS. — Traité d'accouchements, 1837.

CHARLES (de Liège). — Des déplacements de la matrice en arrière pendant la grossesse. Bruxelles, 1878.

COCARD. — Thèse de Paris, 1896. Des traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse.

COMBARIEU. — Thèse de Paris, 1885. Contribution à l'étude de l'étiologie de la rétroversion de l'utérus pendant la grossesse.

DEPAUL. — Bulletin de l'Académie. Septembre 1865. Annales de Tocologie, 1876. Etude sur une forme insolite que peut prendre l'utérus pendant la grossesse.

DUCOR. — Thèse de Paris, 1879. Rétroversion de l'utérus gravide.

LACROIX. — Thèse d'agrégation de Paris, 1844. Des déplacements de l'utérus.

MARTIN (A.) — Deutsche med. woch., 1889, n° 39.

PINARD et VARNIER. 1886 et 1887. — Ann. de gynéc. Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide.

RODHERIC a CASTRO. — De universa morborum muliebrum
medicina. Hamburgi, 1628.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, 1886.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine.

TILLAUX. — Traité de chirurgie clinique, 1894.

VARNIER. — Ann. de Gyn., 1889. Rétroversion récidivante de
l'utérus gravide.

